

# 福利厚生ニュース

令和8年度 第1号 4月発行

社会福祉法人福岡市社会福祉協議会

## 【がん検診受診費用を一部助成します】

### 【 対象となる検査・年齢・助成限度額 】

検査名	検査内容	対象年齢（年度末年齢）	助成限度額
乳がん検査	マンモグラフィ検査 または 超音波検査のどちらか	20歳以上 40歳未満の 女性加入職員	2,500円
		40歳以上の 女性加入職員	2,000円
子宮頸がん検査	膣脂膏顕微鏡検査 （スメア方式）	20歳以上の 女性加入職員	1,500円
前立腺がん検査	前立腺特異抗原 （血液PSA）検査	30歳以上の 男性加入職員	3,000円
大腸がん検査	大腸内視鏡検査	20歳以上の加入職員	3,000円

**※各検査費用が 1,000円未満の場合は、助成対象外となります。**

1. 助成対象期間 令和8年4月1日～令和9年3月31日 受診  
加入期間内の受診に限ります。
2. 助成対象者 加入職員本人
3. 助成対象年齢 上記をご参照ください

※ 申請にあたっての注意事項及び申請書類等の詳細は裏面内容をご確認ください。

<問い合わせ> 福岡市社会福祉協議会 生活福祉課 福利厚生担当

〒810-0062 福岡市中央区荒戸 3-3-39 福岡市市民福祉プラザ 4階

TEL : 092-751-1121 / FAX : 092-751-1509

# 助成金の申請及び支払等について

## 1 申請書

「令和 8 年度がん検診費用助成金（口座振替）請求書」（様式 1）

## 2 添付書類

（1）領収書（原本）下記の①②③の必要事項が記載されているもの。

① 検査日

② 検査名（助成対象となる検査名が記載されているもの）

③ 検査費用（助成対象の検査について、検査ごとの費用が記載されているもの）

※ 点数のみが記載された「診療明細」や、初・再診費用等、検査費用以外の費用が含まれた「領収書」で、検査費用が記載されていないものは受付できません。

※ 領収書に不備がある場合は、「検査実施証明書」（様式 2）を利用してください。

（医療機関記入）

（2）助成金を振り込む口座の通帳の写し

金融機関名、支店番号、支店名、口座番号、名義人が記載されたもの。

キャッシュカードの場合は、金融機関番号・支店番号・名義人が記載されたもの。

## 3 申請期限について

令和 9 年 3 月 31 日（必着）（受診日：令和 8 年 4 月 1 日～令和 9 年 3 月 31 日）

※ 福利厚生共済制度加入期間内の受診に限ります。

※ 退会後の申請はできません。

## 4 申請先

（社福）福岡市社会福祉協議会 生活福祉課 福利厚生担当

〒810-0062 福岡市中央区荒戸 3-3-39 福岡市市民福祉プラザ 4 階

## 5 助成金の支払い

本人から指定された口座に支払います。

## 6 助成金決定通知等の送付について

助成決定通知書とお預かりした領収書等、請求にかかる書類の原本は、申請者ごとに封入したものを、毎月の施設宛の送付物に同封します。

## 7 その他

・申請は、年度内各検査 1 回のみです。

・まとめでの申請（乳がん検査と子宮がん検査など）にご協力をお願いします。