

羽曳野市検診費用助成事業

医療機関で下記の検査を**保険診療外で受けられる方へ費用を助成します。**

助成を希望される方は必ず事前申請が必要です。期間内に羽曳野市健康増進課までお越しください。

＜受診及び申請期間＞ 令和**6**年**4**月**1**日～令和**8**年**3**月**31**日

＜助成回数＞ **申請期間中**の2年間の間に**1回**（各検査項目ごと）



申請書はこちら

検査項目	助成額	保険診療外料金※（目安）
胃内視鏡 検査（胃カメラ）	10,000 円	約 30,000 円
脳 MRI 検査または 脳 MRA 検査	10,000 円	約 30,000 円
PSA 検査（ 前立腺がん 検査）	1,000 円	約 3,000～5,000 円
ピロリ菌 検査または ABC 検査	1,000 円	約 3,000～5,000 円
マンモグラフィ （ 乳がん 検査）	3,000 円	約 10,000 円
乳房エコー （ 乳がん 検査）	1,000 円	約 3,000～5,000 円

※医療機関によって
料金は異なります。
表はあくまで目安です。
助成額との**差額は**
自己負担になります。

＜対象者＞

- ① **受診時**年齢**50歳以上**
- ② **受診時**に**羽曳野市**に**住民登録**を有する方

＜除外対象者＞

- ① 各検診部位の病気等で治療中または経過観察中で**保険診療が適応**となる方
- ② 各検診部位に症状がある方
- ③ 他の制度で検診費用の助成を受けた方（各医療保険者が実施する人間ドック等）

保険診療で受けられ
た場合は**対象外**
となります。



健康増進課窓口、
もしくは市ウェブサイトから申請書を入手し、説明をよくお読みください。ご不明な点は事前にお問合せ下さい。

必要書類を持って医療
機関で検査を受け、**検診料金を支払う。**
※医療機関に証明書を
記入してもらう、もしくは
検査項目の金額がわか
る領収書をもらう。

申請書に振込
先など**必要事項**
を記入す
る。

健康増進課に
受診月の次の
月末までに申請
する（※1）
後日、助成金
が振り込まれる。

※1 令和8年3月受診は3月末までに申請

＜問い合わせ＞ **羽曳野市健康増進課**（平日 9：00～17：30 まで）

☎ 072-947-3660（ダイヤルイン）