

～検診費用助成を受けられる方へ～

「羽曳野市検診費用助成事業」について
下記のとおり【注意事項】を記載していますので、ご確認ください。

▶ 検診費用助成までの流れ

1. 健康増進課で「検診費用助成事業申請書兼請求書」と「検診費用助成を受けられる方へ」の説明文書の2枚をお渡しします。
または、市ウェブサイトよりダウンロードしてください。
2. 受診する医療機関に「検診費用助成事業申請書兼請求書」をお持ちいただき、対象の検査及び検診を受け、費用をお支払いください。
3. 医療機関で「検診費用助成事業申請書兼請求書」の〈医療機関記入欄〉を記入してもらるか、領収書及び診療明細書を発行してもらってください。
4. 受診日の翌月末までに「検診費用助成事業申請書兼請求書（※受診した医療機関の押印があるもの）」を持参の上、健康増進課で申請してください。
(医療機関の証明に費用がかかる場合は領収書及び診療明細書を持参してください)
5. 内容を審査し、助成が認められるとおおむね翌月末までに申請者名義の口座に助成金が振り込まれますのでご確認ください。

【注 意 事 項】

- ☑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 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)
 - ③ 各検診部位に症状がある方
 - ④ 妊娠中および妊娠の可能性のある方
- ☑検 査 項 目 ①胃内視鏡検査(胃カメラ)
 ②脳MRI検査または脳MRA検査
 ③PSA検査(前立腺がん検査)
 ④ピロリ菌検査またはABC検査
 ⑤マンモグラフィ(乳がん検査)
 ⑥乳房エコー(乳がん検査)
- ☑申 請 者 受診者、または受診者と同一世帯の方
- ☑振込先金融機関 申請者と振込口座名義人は同一の氏名を記入してください。

- ☑受診および申請期間 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（各検査及び検診項目ごと）
- ☑申請に必要な書類
- 1) 羽曳野市検診費用助成事業申請書兼請求書
※受診した医療機関の押印があるもの
医療機関の証明に費用がかかる場合は、領収書及び診療明細書（申請する検診項目ごとの料金が記入されているもの）を持参してください
 - 2) 印鑑
 - 3) 銀行通帳など口座がわかるもの（申請者名義のもの）
- ☑申請方法 健康増進課へ必要書類を持参の上
受診日の翌月末までに申請してください。
※業務時間は平日 9:00～17:30 までとなります。
※令和8年3月受診は3月末までに申請してください。
- ☑助成額等 下記検査を保険診療以外で実施された場合
- | | |
|----------------------|----------|
| ①胃内視鏡検査（胃カメラ） | 10,000 円 |
| ②脳 MRI 検査または脳 MRA 検査 | 10,000 円 |
| ③PSA 検査（前立腺がん検査） | 1,000 円 |
| ④ピロリ菌検査または ABC 検査 | 1,000 円 |
| ⑤マンモグラフィ（乳がん検査） | 3,000 円 |
| ⑥乳房エコー（乳がん検査） | 1,000 円 |

<保険診療外料金の目安>

胃内視鏡検査（胃カメラ）	約 30,000 円
脳 MRI 検査または脳 MRA 検査	約 30,000 円
PSA 検査（前立腺がん検査）	約 3,000～5,000 円
ピロリ菌検査または ABC 検査	約 3,000～5,000 円
マンモグラフィ（乳がん検査）	約 10,000 円
乳房エコー（乳がん検査）	約 3,000～5,000 円

※医療機関によって料金は異なります。上記はあくまでも目安です。

※助成額との差額は自己負担になります。

<お問い合わせ>

羽曳野市健康増進課

〒583-8585 大阪府羽曳野市誉田 4-1-1

TEL072-947-3660（ダイヤルイン）

072-958-1111（代表）