

■オプション検診(契約健診機関以外)

単位:円(税込)

種 目		補 助 限 度 額 ※ 1	補 助 対 象 年 齢 等
子宮がん検診 (子宮頸部細胞診)		3,502	当該年度20歳以上の本人・家族
乳がん 検診	マンモ1方向	3,465	当該年度30歳以上の 本人・家族 ※触診+マンモ2方向は40～49歳のみ
	マンモ2方向	4,235	
	超音波	2,310	当該年度30歳以上の本人・家族
骨粗鬆症検診(骨塩定量検査)		1,056	当該年度30・35・40・45・50・55・60・65・70歳の 本人・家族
前立腺検診(P S A)		1,925	当該年度50歳以上の本人・家族
肝炎ウイルス検査(B型)		858	当該年度 30・40・50・60・70歳の 本人・家族
肝炎ウイルス検査(C型)		1,188	
脳ドック		18,856	当該年度40歳以上の本人 (3年毎の補助)※2
肺がん検診		7,700	当該年度40歳以上の本人・家族 ※2
血圧脈波検査(ABI/PWV)		1,320	当該年度40歳以上の本人・家族 ※2

※1 上記補助限度額の範囲内で検診料金の6～7割を補助します。

7割補助…子宮がん検診・乳がん検診・前立腺検診・肺がん検診

6割補助…骨粗鬆症検診・肝炎ウイルス検査・脳ドック・血圧脈波検査

※2 脳ドック・肺がん検診・血圧脈波検査は人間ドック受診時のオプション検診となるため、
単独での受検について補助はできません。