

令和6年度短期人間ドック負担金

高知市役所以外の方

| 対象者 | 年齢 | 共済組合 負担額 | 互助会 負担額 | 所属所 負担額 | 自己 負担額 |
|------------------------------|-----------------------|-------------|------------|------------|-----------|
| 組 合 員 (会 員) | 40歳以上 及び35歳 | 15,950円 | 11,000円 | 6,050円 | 6,270円 |
| | 30歳以上40歳未満 (35歳除く) | 20,900円 | 11,000円 | — | 7,370円 |
| | 30歳未満 | 24,750円 | 4,950円 | — | 9,570円 |
| 被扶養者(配偶者 以外は40歳以上) | 40歳以上 | 14,300円 | 17,600円 | — | 7,370円 |
| | 40歳未満 | 9,350円 | 20,350円 | — | 9,570円 |
| 〔 会 員 〕 | 40歳以上 及び35歳 | — | 26,950円 | 6,050円 | 6,270円 |
| | 30歳以上40歳未満 (35歳除く) | — | 31,900円 | — | 7,370円 |
| | 30歳未満 | — | 29,700円 | — | 9,570円 |
| 会員の被扶養者 (配偶者以外は40 歳以上) | 40歳以上 | — | 31,900円 | — | 7,370円 |
| | 40歳未満 | — | 29,700円 | — | 9,570円 |

※1 受診される年度内に到達する年齢が基準となります。

※2 所属所負担額は、後日請求します。

※3 上記金額はすべて税込みとなります。

高知市役所の方(短期組合員以外の方)

| 対象者 | 年齢 | 共済組合 負担額 | 厚生会 負担額 | 所属所 負担額 | 自己 負担額 |
|-----------------------|----------|-------------|------------|------------|-----------|
| 組 合 員 | 40歳以上 | 15,950円 | 11,000円 | 6,050円 | 6,270円 |
| | 36歳以上39歳 | 20,900円 | 11,000円 | — | 7,370円 |
| | 35歳 | 15,950円 | 11,000円 | 6,050円 | 6,270円 |
| | 30歳以上34歳 | 20,900円 | 11,000円 | — | 7,370円 |
| | 30歳未満 | 24,750円 | 6,050円 | — | 8,470円 |
| 被扶養者(配偶者 以外は40歳以上) | 40歳以上 | 14,300円 | — | — | 24,970円 |
| | 40歳未満 | 9,350円 | — | — | 29,920円 |

※1 受診される年度内に到達する年齢が基準となります。

※2 所属所負担額は、後日請求します。

※3 上記金額はすべて税込みとなります。

高知市役所の方（短期組合員の方）

| 対象者 | 年齢 | 共済組合 負担額 | 厚生会 負担額 | 所属所 負担額 | 自己 負担額 |
|-----------------------|----------|-------------|------------|------------|-----------|
| 組 合 員 | 40歳以上 | 15,950円 | — | 6,050円 | 17,270円 |
| | 36歳以上39歳 | 20,900円 | — | — | 18,370円 |
| | 35歳 | 15,950円 | — | 6,050円 | 17,270円 |
| | 30歳以上34歳 | 20,900円 | — | — | 18,370円 |
| | 30歳未満 | 24,750円 | — | — | 14,520円 |
| 被扶養者(配偶者 以外は40歳以上) | 40歳以上 | 14,300円 | — | — | 24,970円 |
| | 40歳未満 | 9,350円 | — | — | 29,920円 |

- ※1 受診される年度内に到達する年齢が基準となります。
- ※2 所属所負担額は、後日請求します。
- ※3 上記金額はすべて税込みとなります。

オプションガン検査

| 対象となるガン検査 | 組合員（会員） | | 会 員 | | 自己負担額 |
|------------------------------------|--------------|--------------|-------------|--------------|-------|
| | 共済組合 負担額 | 互 助 会 負担額 | 共済組合 負担額 | 互 助 会 負担額 | |
| 子宮ガン・乳ガン 検査 (一方または両方 を受診) | 上限 2,200円 | — | — | 上限 2,200円 | 差額 |
| 前立腺ガン検査 (P S A) | 上限 1,100円 | — | — | 上限 1,100円 | 差額 |
| 肺ガン検査(胸部 C T) | 上限 4,400円 | — | — | 上限 4,400円 | 差額 |

- ※1 子宮ガン・乳ガン検査は30歳以上、前立腺・肺ガン検査は40歳以上の組合員（会員）のみを対象とし、被扶養者は除きます。
- ※2 子宮ガン・乳ガン検査は、両方を受診した場合でも助成額の上限は2,200円となります。
- ※3 ガン検査の受診時に、助成金額がガン検査費用から差し引かれますので、検査費用との差額を自己負担としてお支払いください。上記金額はすべて税込みとなります。
- J A高知健診センターでの人間ドック受診時に、子宮ガン・乳ガンのオプションガン検査を希望される場合は、事前に連絡のうえ予約をお願いします。
- 中村クリニックでは子宮ガン・乳ガンのオプション検査は行われません。
- 四万十市民病院では、子宮ガンのオプション検査は行われません。