

令和8年度 PET（陽電子放射断層撮影）検査利用申込みについて【追加申込用】

（受付期間：令和8年2月2日から）

1 助成対象者

令和8年度において、30歳以上の組合員と35歳以上の任意継続組合員及び被扶養配偶者が助成対象です。

なお、同一年度において、PET検査と人間ドック両方の助成は受けられません。

2 助成金額

52,000円

3 PET検査実施機関及び検査料金等

個人負担は、下表の料金から当組合助成金額を控除した後の額となりますが、検査料金等は今後変更となる場合があります。

検査実施機関	検査料金(税込み)	電話番号	検査実施曜日
栃木県済生会宇都宮病院	111,650円	028-643-4441	月～金（全て午後）
宇都宮セントラルクリニック	97,900円	028-657-7302	月・水～土
国際医療福祉大学病院	103,400円	0287-38-2751	月～土（土は第2・4）

4 申込み方法（追加受付）

令和8年2月2日より受付を行いますので、この日以降に検査機関へ直接予約をしてから、記入例を参照のうえ「令和8年度PET検査利用申請書」に必要事項を記入し、各所属所の提出期限までに共済組合事務担当課に提出してください。

なお、申請書の提出がない場合は助成できませんので、余裕を持った日程（約1か月以上）で予約のうえ、予約後はすみやかに提出をお願いします。

5 利用承認書の交付

申請書が当組合に到着してから約2週間程度で「PET検査利用承認書」を交付しますので、大切に保管し、検査当日に検査機関へ提出してください。併せて組合員または被扶養配偶者の資格が確認できるもの（健康保険証の利用登録を行ったマイナンバーカード、資格情報のお知らせ、資格確認書、資格情報通知書またはマイナポータルの健康保険証情報画面のいずれか）の提示をお願いします。

利用承認書を紛失した場合は、早めに共済事務担当課へ申し出てください。

6 検査日の変更・取消し等

検査日直前のキャンセルは、キャンセル料が発生することがあります。

- （1）利用承認書の交付後に検査日を変更する場合は、検査機関と直接調整してください。当組合への連絡は不要です。利用承認書は受診者自身で訂正してください。
- （2）検査機関を変更する場合は、変更前の検査機関へ取消連絡と新たな検査機関に直接予約を行ってから、変更前の利用承認書と変更後の利用申請書を共済事務担当課へ提出してください。

- (3) 利用を取消しする場合、または組合員、任意継続組合員及び被扶養配偶者の資格を喪失した場合は、検査機関に直接連絡してから、利用承認書を共済事務担当課へ返却してください。
- なお、資格喪失日以降に受診し助成を受けた場合は、後日返還請求を行います。
- (4) 日程・コースの変更や利用取消しは、利用承認書が手元に届く前には行わないでください（資格喪失による取消を除く。）。
- (5) 検査希望年月日を基に検査機関が検査日を指定しますので、指定された検査日に受診できないときは、早めに検査機関と直接調整を行ってください。

7 PET検査における諸注意

- (1) PET検査は、ブドウ糖に近い成分の検査薬を体内に注射するため、当日の血糖値の数値などによっては、検査が行えないことがあります。その場合、キャンセル料は発生しません。
- (2) 各検査機関で行うPET検査は、PET検査とCT検査をあわせて行う「PET／CT検査」となるため、その分被曝量が多くなりますが、健康上問題とはならない量とされています。
- (3) PET検査助成は令和8年度をもって終了となります。

8 健康診断等の受診について

PET検査は、労働安全衛生法上の法定項目及び特定健康診査の検査項目を満たしていません。

- ・ 組合員は別途職場の健康診断を受診してください。
- ・ 40歳～74歳の職場での健康診断受診の義務がない組合員、被扶養配偶者、任意継続組合員及び任意継続組合員被扶養配偶者は特定健康診査が必要となりますので、別途住民健診または個別健診を受診してください。なお、「特定健康診査受診券」は5月末に自宅へ送付します。

9 個人情報について

申請書に記載された個人情報は、受付事務処理のために検査機関へ提供しますが、当該事由以外の目的には使用しません。

令和 8 年度 P E T 検査利用申請書

所 属 所 名				所属課名		組合員等 記号番号	—
組 合 員 氏 名				電話番号	勤務先 携帯電話等	— —	— —
利 用 者	現 住 所	〒 —					
	フリカゝナ		性 別	生 年 月 日		受診年度年齢	
	氏 名		男・女	昭和・平成 年 月 日		歳	
	組合員区分	1 組 合 員 2 任意継続組合員 3 被扶養配偶者 4 任意継続組合員被扶養配偶者					
検査希望機関 コ ー ド			検 査 希 望 機 関				
検査希望 年 月 日		令和 年 月 日 (曜日)					
<p>上記により、P E T 検査を利用したいので申請します。</p> <p>栃木県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>組合員氏名</p>							

個人情報について

- 1 本申請書に記載された個人情報は、本申込に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的に使用しません。
- 2 共済組合は、P E T 検査の結果について、組合員、任意継続組合員及びその被扶養配偶者の健康管理や結果分析、保健事業の効果検証を目的として、検査機関から提供を受け継続的に保存するとともに、匿名性を十分に考慮したうえで、分析結果等を公開させていただく場合がありますのでご了承ください。