

# 横浜市内にお住まいの方へ

しゅよう

## 遺伝性腫瘍に関する助成金のご案内

「横浜市遺伝性腫瘍症候群遺伝学的検査費及びサーベイランス費等助成制度」  
横浜市では次の2つの助成制度をご用意しています。

I ご家族が遺伝性腫瘍と診断された方が、自身の遺伝情報を調べる場合

### 検査の流れ



### 助成額

- ◆ 遺伝学的検査: **上限5万円**
- ◆ 遺伝カウンセリング: **上限1万円**
- ◆ 申請に必要な文書料: **上限3千円**

### 対象者

親、子、きょうだいが遺伝性腫瘍と診断され、ご自身はがんを発症していない方

詳細は、中面2ページ▶

II 遺伝子の変異があると診断された方が、定期的な検査(サーベイランス)などを受ける場合

### 医師が推奨する検査・予防的切除



### 助成額

- ◆ がんを発症していない部位に対する定期的な検査、予防的切除: **上限5万円**
- ◆ 申請に必要な文書料: **上限3千円**

### 対象者

遺伝子の変異があると診断された方  
(過去に診断されている方も対象)

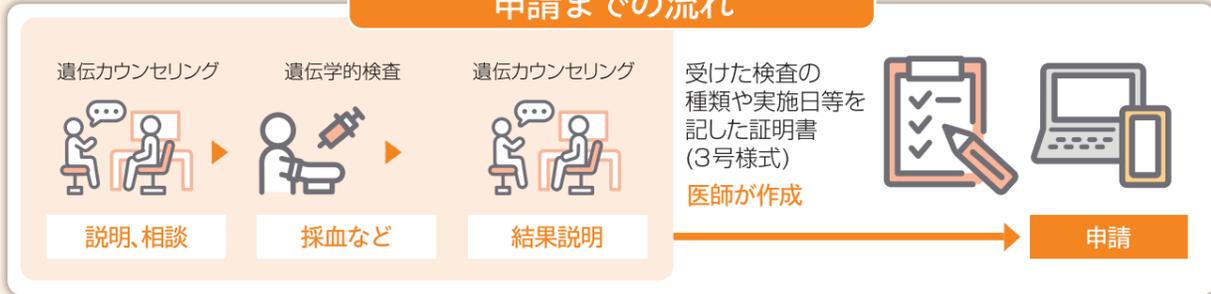
詳細は、中面3ページ▶

## 注意事項

- 公的医療保険が使えない自費の費用に対して助成する制度です。**保険が適用された後の自己負担額は対象になりません。**
- 申請期限は、**検査費用などを支払った日の翌日から1年以内**です。期限を過ぎると申請できませんのでご注意ください。
- 横浜市がん検診を受けた際の自己負担額は対象になりません。  
横浜市では、胃・大腸・肺・乳・子宮頸・前立腺のがん検診を実施しています。  
例えば、胃がんでは50歳以上の方は2年に1回内視鏡又はエックス線での検査を2,500円で受けることができますが、その2,500円分は本助成の対象になりません。

# I ご家族が遺伝性腫瘍と診断された方が、自身の遺伝情報を調べる場合

## 申請までの流れ



## 助成額

- ◆ 遺伝学的検査: 支払金額の10分の7(上限5万円)
- ◆ 遺伝カウンセリング(初診料・再診料含む): 支払金額の10分の7(上限1万円)
- ◆ 文書料(受けた検査の種類や実施日等を記した証明書(3号様式)): 上限3千円

## 申請できる回数

- ◆ 遺伝学的検査 1回
- ◆ 遺伝カウンセリング 最大2回
- ◆ 文書料 最大2回

次のA、B各1回まで申請ができます。

A 遺伝学的検査を受けた場合  
 ・遺伝学的検査  
 ・遺伝カウンセリング  
 ・文書料 } まとめて1回申請

B 遺伝カウンセリングを受けたが、遺伝学的検査は受けなかった場合  
 ・遺伝カウンセリング  
 ・文書料 } まとめて1回申請

## 助成の要件

次の全てに該当する場合、申請ができます。

### 【対象者】

- 申請時点で横浜市民
- 父母、子ども、きょうだいのいずれかが遺伝性腫瘍の診断がされており、**自身はがんを発症していない**
- 検査等を受けた日に18歳以上69歳以下。ただし、医師が必要と認める場合は18歳未満
- これまでに遺伝学的検査について、本助成や同様の公的な助成を受けたことがない

### 【対象となる検査など】

- 公的医療保険が使えない**自費の費用で受けたもの**
- 令和8年4月1日以降に受けたもの
- 横浜市が指定する要件を満たす医療機関で受けたもの



## 必要書類

1. 遺伝学的検査・遺伝カウンセリング実施証明書(3号様式) **【医師が作成】**
2. 検査等の支払金額、支払日がわかる会計書類(例:領収書、診療明細書、内訳書)

## 申請期限

検査等の費用を支払った日の翌日から1年以内

申請手続きについては4ページをご覧ください

# II 遺伝子の変異があると診断された方が、定期的な検査などを受ける場合

## 申請までの流れ

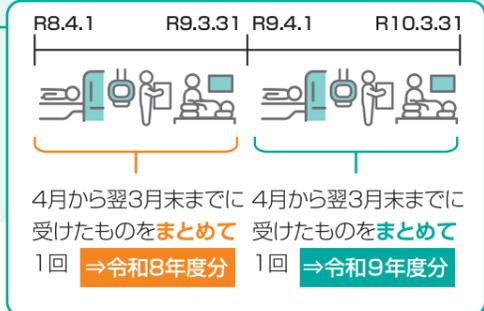


## 助成額

- ◆ 検査や予防的切除: 支払金額の10分の7(上限5万円)
- ◆ 文書料(定期的に受けることを推奨する検査や頻度等を記した証明書(4号様式)): 上限3千円  
 証明書の内容に変更が生じた場合、再提出が必要です。再提出の文書料も上限3千円です。

## 申請できる回数

- ◆ 検査や予防的切除: **年度ごとにまとめて1回(最大5回)**  
 検査の予約を取る際は、申請期限にご注意ください。



## 助成の要件

次の全てに該当する場合、申請ができます。

### 【対象者】

- 遺伝子の変異があると診断された方**で、申請時点で横浜市民
- 定期的な検査等を受けた日に18歳以上69歳以下。ただし、医師が必要と認める場合は18歳未満
- 本助成や同様の公的な助成を、同じ年度の中で受けたことがない

### 【対象となる検査など】

- 公的医療保険が使えない**自費の費用で受けたもの**
- がんを発症していない部位に対する**定期的な検査・予防的切除  
 ※自治体のがん検診を受けた際の自己負担額は対象外
- 令和8年4月1日以降に受けたもの  
 -----[予防的切除を受ける方のみ]-----
- 国内のがん診療連携拠点病院などで受けた予防的切除



## 必要書類

1. 遺伝性腫瘍症候群サーベイランス等助成対象者証明書(4号様式) **【医師が作成】**
2. 検査の種類、支払金額、支払日がわかる会計書類(例:領収書、診療明細書、内訳書)

## 申請期限

年度内(4/1~3/31)に受けた検査のうち、最後に受けた検査等の費用を支払った日の翌日から1年以内

申請手続きについては4ページをご覧ください

# 申請方法

横浜市電子申請フォームから申請してください。  
申請には利用者登録が必要です。詳しくは電子申請フォームをご覧ください。

I 遺伝学的検査・  
遺伝カウンセリングの  
申請はこちらから



II 定期的な検査等の  
申請はこちらから



## 用意するもの

スマートフォンまたはPC



## 必要書類

- ◆ 2.3ページに記載の医師の証明書
- ◆ 会計書類のスキャンデータもしくは写真  
⇒書類の原本は、交付が決まった翌年度から  
5年間保管して下さい。

## 入力する内容

- ◆ 申請者に関する情報  
※助成対象者が18歳未満の場合、その親等(法定代理人)が申請してください。
- ◆ 18歳未満の場合:助成対象者に関する情報
- ◆ 助成金振込先口座情報
- ◆ 検査等の各種金額

## 申請の流れ・ 期間のめやす

- ①電子申請フォームから入力、必要書類のアップロード
- ②申請
- ③医療局にて審査し、交付決定通知送付(申請から概ね2週間)
- ④ご指定の口座への入金(交付決定通知送付から概ね  
2~3週間)

申請する前に、横浜市のホームページで制度の詳細をご確認ください。  
よくある質問や様式も掲載しています。



## お問合せ先

横浜市医療局がん・疾病対策課

電話:045-671-2721

メールアドレス:ir-gantaisaku@city.yokohama.lg.jp

(令和8年4月発行)