

<人間ドック検診費助成（被扶養配偶者）の手続要領>

Q 人間ドックの受検日現在、満35歳以上で、組合員の被扶養配偶者（右に示す項番1参照）ですか？

はい ↓ いいえ
↓ 助成対象外です。

Q 受検した人間ドックの検査内容は、検査必須項目の検査内容（右に示す項番3参照）をすべて満たしていますか？

はい ↓ いいえ
↓ 助成対象外です。

助成対象です。
「検診-O1被扶養配偶者人間ドック検診費請求書（以下「請求書」といいます。）を記入し、健診機関が発行した「領収書（原本）」と「明細書」、「検査項目が確認できるパンフレット等」を同封してください。

Q 人間ドックを受検した年度の年齢は、満40歳～74歳ですか？

はい ↓ いいえ

Q 人間ドックの受検時に特定健診の受診券を使用しましたか？

はい ↓ いいえ

- ①請求書次ページの「特定健診-O2特定健康診査に係る質問票」（以下「質問票」といいます。）を記入してください。
②健診結果の写し（全ページ／縮小・両面可）を添付してください。

請求書及び添付書類を共済センターに送付してください。

送付先：
〒330-9792
埼玉県さいたま市中央区新都心3-1
日本郵政共済組合 共済センター 助成担当



1 助成対象者

受検日当日（検診が2日コースの場合は、その初日）現在満35歳以上の組合員の被扶養配偶者。なお、**任意継続組合員の被扶養配偶者は助成対象外**です。

2 助成金額等

- (1) 対象者が人間ドック検診費（消費税含む）として支払った金額について**16,000円**を上限として助成します。
(2) 助成回数は受検日を基準とし、同一年度（4月1日から3月31日まで）につき、1回限りです。

3 検査必須項目

次の**すべての検査内容を満たしている**人間ドックが助成対象です。

項目	検査内容
1 身体計測	身長、体重、BMI、腹囲
2 呼吸器系検査	胸部X線
3 血液系理学検査	赤血球、血色素、ヘマトクリット
4 循環器系理学検査	血圧、心電図、中性脂肪、総コレステロール、HDLコレステロール、LDLコレステロール
5 胃腸管系理学検査	胃X線(バリウム)又は胃内視鏡(胃カメラ)、便潜血
6 肝機能検査	GPT、GOT、γ-GTP、総蛋白、総ビリルビン、アルブミン
7 腹部超音波	腹部超音波
8 糖尿病検査	血糖、HbA1c
9 尿検査	尿糖、尿蛋白
10 眼科・聴力検査	視力、眼底、眼圧、聴力

4 人間ドックの申込等

項番3の検査必須項目を満たしていることを確認した上で、健診機関に人間ドックの予約をしてください。受検日当日に人間ドック料金の全額を支払ってください。

また、人間ドックの際に、特定健診の受診券を使用する事もできます。詳しくは受診券に同封のリーフレットをご覧ください。

5 報告方法

左記のフローチャートを確認した上で請求書を作成してください。請求書に、健診機関が発行した「領収書（原本）」、「明細書」、「検査項目が確認できるパンフレット等」を同封して、共済センターに送付してください。

6 報告期限

人間ドックを受検した日の翌日から起算して2年です。請求期限を過ぎた場合は助成対象外となりますので、遅滞なく請求してください。

<記入例> 組合員(共済太郎)の被扶養配偶者(共済花子)が44,000円の人間ドックを受検し、5,000円の市町村助成が受けられる場合

被扶養配偶者人間ドック検診費請求書

被

※<人間ドック検診費助成(被扶養配偶者)の手続要領>をよくお読みいただき、組合員ご本人様がご記入ください。

組合員番号 (=社員番号8桁)	0 1 2 3 4 5 6 7	任意継続組合員の被扶養配偶者は助成対象外です。		共済センター受付印 ※
勤務局所 (部署)	勤務局所名: 勤務課: 勤務課TEL:	フリガナ 受検者氏名 (被扶養配偶者に限る)	キヨウサイ ハナコ 共済 花子	
フリガナ 組合員氏名	キヨウサイ タロウ 共済 太郎	【助成対象者】 受検者の生年月日 (受検日現在の年齢)	受検日当日に満35歳以上の組合員の被扶養配偶者に限ります。 35 歳	
受検者負担額	検診費① 44,000 円	市区町村等からの補助額② 5,000 円	計③(①-②) 39,000 円	一審 ※ 二審 ※
医療機関名	市区町村等から人間ドックに対する補助を受けられる場合は、 分かる範囲で金額を記入してください。			(西暦) 20** 年 * 月 * 日 ※は共済組合使用欄
上記のとおり人間ドックを受けたので 16,000 円 を請求します。				
受検日に組合員の資格を有していない場合、又は被扶養者の認定を受けていない場合（後日、資格や認定の取消しにより、受検日に資格等を喪失していた場合を含みます。）等、助成対象外であった事が後に判明した場合、受領した助成金を日本郵政共済組合に返還することに同意します。				
日本郵政共済組合 共済センター長 殿 (西暦) 20** 年 * 月 * 日				
【助成金額】 人間ドック検診費のうち 16,000円 を上限として助成します。				
請求金額に誤りがないか、 提出前に、もう一度、確認してね！				
請求者欄には、組合員の氏名、住所、連絡先をご記入ください。押印は不要です。				



請求期限は、受検日の翌日から起算して2年です。

請求期限を過ぎた場合は助成対象外となりますので、遅滞なく請求してください。

〒 330-9792
住所 埼玉県さいたま市中央区新都心3-1
氏名 共済 太郎
昼間連絡先TEL 012-345-6789

被扶養配偶者人間ドック検診費請求書

被

※<人間ドック検診費助成(被扶養配偶者)の手続要領>をよくお読みいただき、組合員ご本人様がご記入ください。

組合員番号 (=社員番号8桁)							任意継続組合員の被扶養配偶者は助成対象外です。			共済センター受付印 ※	
勤務局所 (部署)	勤務局所名: 勤務部署: 勤務部署TEL:						フリガナ 受検者氏名 (被扶養配偶者に限る)				
フリガナ 組合員氏名							受検者の生年月日	昭和 年 月 日 平成 (受検日現在の年齢) 歳			
受検者負担額	検診費①			市区町村等からの補助額②			計③(①-②)			一審	二審
	円			円			円			※	※
医療機関名				受検年月日			(西暦) 年 月 日			※は共済組合使用欄	

上記のとおり人間ドックを受けたので 円 を請求します。

受検日に組合員の資格を有していない場合、又は被扶養者の認定を受けていない場合（後日、資格や認定の取消しにより、受検日に資格等を喪失していた場合を含みます。）等、助成対象外であった事が後に判明した場合、受領した助成金を日本郵政共済組合に返還することに同意します。

日本郵政共済組合 共済センター長 殿

〒

住所

(西暦) 年 月 日

請求者

(組合員本人) 氏名

昼間連絡先TEL

・項番1~3については該当する項目に、また、項番4については、全ての項目に、それぞれチェックを付けてください。

- 1. 助成金の支払に必要な事項を共済センターから健診機関に電話で
照会してもよろしいですか。
了承する
了承しない
- 2. 特定健診は受診しましたか。(40歳以上の方のみチェック)
人間ドック受検の際に特定健診受診済(受診券を使用した)
人間ドックとは別の健診機関で特定健診受診済(又は、その予定)
特定健診を受診する予定はない(次ページにも記載事項があります)
- 3. 特定健診を受診していない40歳以上の方はチェックしてください。
次ページ「特定健康診査に係る質問票」も記入しましたか。
人間ドック結果の写しを同封しましたか。
- 4. 送付前に確認してください。
「領収書(原本)」、「明細書」、「検査項目が確認できるパンフレット等」を
同封しましたか。
請求金額は記入しましたか。

※検診費の請求期限は、受検日の翌日から起算して2年です。請求期限を過ぎた場合は助成対象外となります。

特定健康診査に係る質問票

質問項目		回答
1 - 3 現在、aからcの薬の使用の有無		①はい ②いいえ
1 a.血圧を下げる薬		①はい ②いいえ
2 b.血糖を下げる薬又はインスリン注射		①はい ②いいえ
3 c.コレステロールや中性脂肪を下げる薬		①はい ②いいえ
4 医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかるといわれたり、治療を受けたことがありますか。		①はい ②いいえ
5 医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかるといわれたり、治療を受けたことがありますか。		①はい ②いいえ
6 医師から、「慢性腎臓病や腎不全にかかると言われたり、治療（人工透析など）を受けていますか。		①はい ②いいえ
7 医師から、貧血と言われたことがある。		①はい ②いいえ
8 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2の両方を満たすものである。)		①はい (条件1と条件2の両方満たす) ②以前は吸っていたが、最近1か月は吸っていない (条件2のみ満たす) ③いいえ (①②以外)
条件1：最近1か月間吸っている。 条件2：生涯6か月以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)		
9 20歳の時の体重から10kg以上増加している。		①はい ②いいえ
10 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施。		①はい ②いいえ
11 日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施。		①はい ②いいえ
12 (ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。		①はい ②いいえ
13 食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。		①何でもかんで食べることができる ②歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくことがある ③ほとんどかめない
14 人と比較して食べる速度が速い。		①速い ②ふつう ③遅い
15 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。		①はい ②いいえ
16 朝屋タの3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。		①毎日 ②時々 ③ほとんど摂取しない
17 朝食を抜くことが週に3回以上ある。		①はい ②いいえ
18 飲酒日の1日当たりの飲酒量 お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。 (※「やめた」とは、過去に1回以上の習慣的な飲酒歴があった者うち、最近1年以上酒類を摂取していない者)		①毎日 ②週5～6日 ③週3～4日 ④週1～2日 ⑤月に1～3日 ⑥月に1日未満 ⑦やめた ⑧飲まない（飲めない）
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合（アルコール度数15度・約180ml）の自安 ビール（同5度・約500ml）、 焼酎（同25度・約110ml）、 ワイン（同14度・約180ml）、 ウイスキー（同43度・60ml）、 缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）	①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3～5合未満 ⑤5合以上
20 睡眠で休養が十分とれている。		①はい ②いいえ
21 運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。		①改善するつもりはない ②改善するつもりである（概ね6か月以内） ③近いうちに（概ね1か月以内）改善するつもりであり、少しづつ始めている ④既に改善に取り組んでいる（6か月未満） ⑤既に改善に取り組んでいる（6か月以上）
22 生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。		①はい ②いいえ