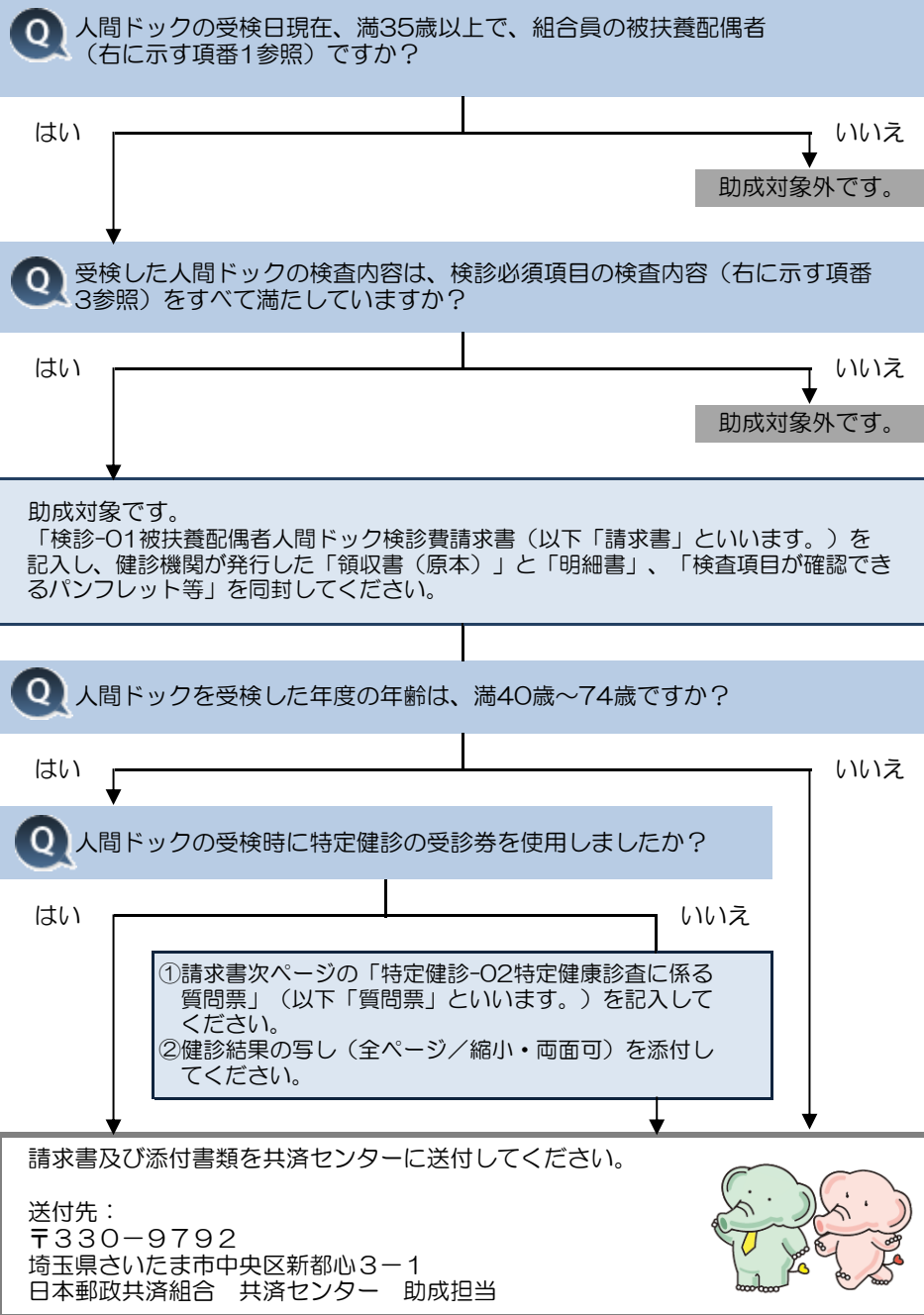


## <人間ドック検診費助成（被扶養配偶者）の手続要領>



### 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

- 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。
- 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 請求方法

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 請求期限

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、組合員ご本人様をご記入ください。

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)				キョウサイ ハナコ 共済 花子				
フリガナ 組合員氏名	キョウサイ タロウ 共済 太郎				受検者の生年月日				【助成対象者】 受検日当日に満35歳以上の <b>組合員の被扶養配偶者</b> に限ります。 (受検日現在の年齢) 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				
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				
<p>上記のとおり人間ドックを受けたので <b>16,000 円</b> を請求します。</p> <p>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。</p> <p>日本郵政共済組合 共済センター長 殿 (西暦) 20** 年 * 月 * 日</p> <p>【助成金額】 人間ドック検診費のうち<b>16,000円</b>を上限として助成します。</p> <p>〒 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</p>													

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。



# 被扶養配偶者人間ドック検診費請求書



※＜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、組合員ご本人様をご記入ください。

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 年 月 日 (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		
	円		円		円			※	二審	
								※		
医療機関名				受検年月日		(西暦) 年 月 日			※は共済組合使用欄	
<p>上記のとおり人間ドックを受けたので _____ 円 を請求します。</p> <p>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。</p> <p>日本郵政共済組合 共済センター長 殿</p> <p>(西暦) 年 月 日</p> <p>請 求 者 (組合員本人) 氏名</p> <p>住所</p> <p>昼間連絡先TEL</p>										
<p>・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。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p>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。</p> <p><input type="checkbox"/> 了承する</p> <p><input type="checkbox"/> 了承しない</p> <p>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)</p> <p><input type="checkbox"/> 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)</p> <p><input type="checkbox"/> 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)</p> <p><input type="checkbox"/> 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)</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p>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。</p> <p><input type="checkbox"/> 次ページ「特定健康診査に係る質問票」も記入しましたか。</p> <p><input type="checkbox"/> 人間ドック結果の写しを同封しましたか。</p> <p>4. 送付前に確認してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 「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。</p> <p><input type="checkbox"/> 請求金額は記入しましたか。</p> </div> </div> <p>※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。</p>										

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）にかかっているといわれたり、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）にかかっているといわれたり、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っていると言われたり、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。 条件1：最近1か月間吸っている。 条件2：生涯で6か月以上吸っている、又は合計100本以上吸っている）	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
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	ほぼ同じ年齢の同姓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、かみにくいことがある 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	朝昼タの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	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、過去に月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）の目安 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すか。	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、少しずつ始めている 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