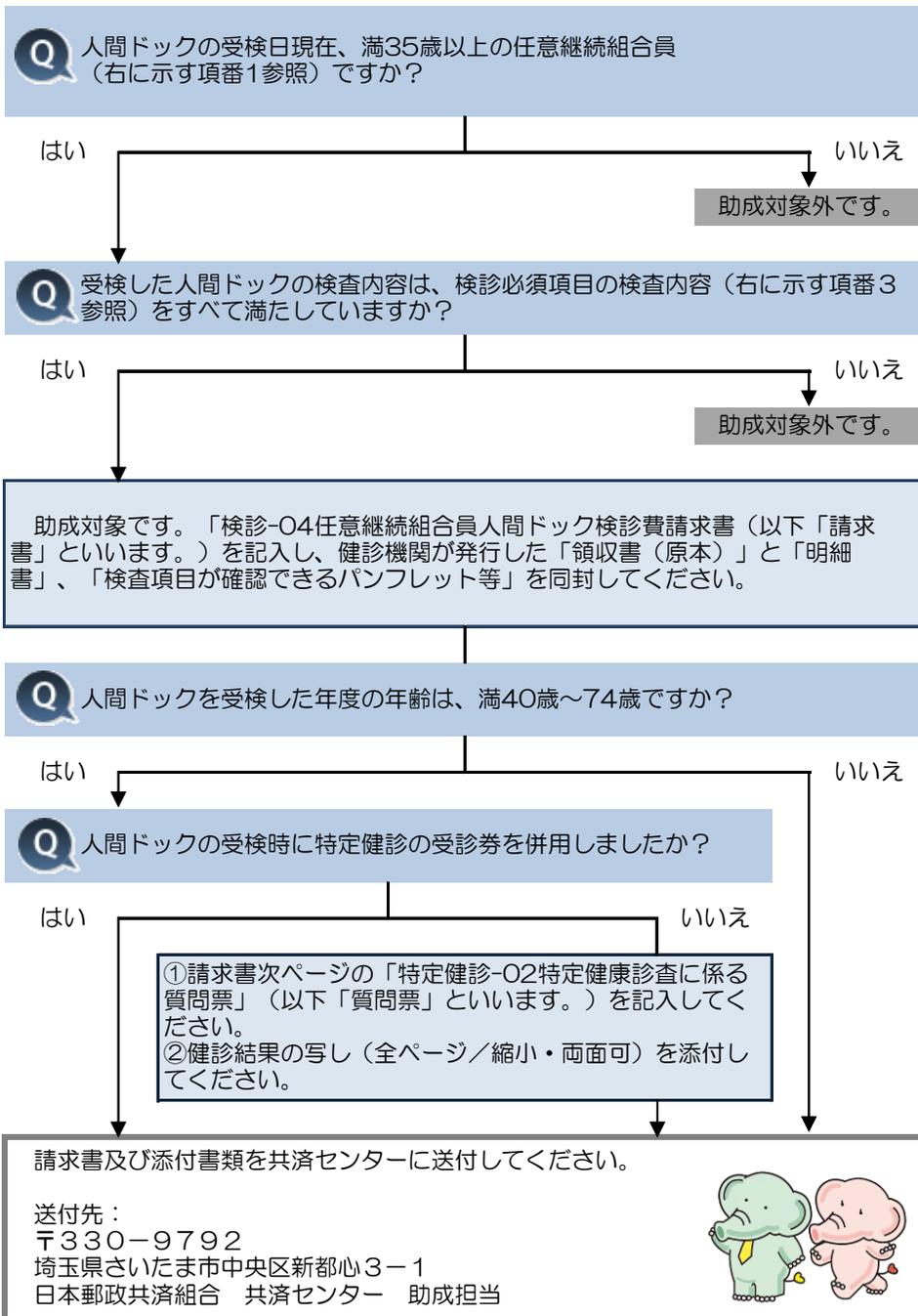


## <人間ドック検診費助成（任意継続組合員）の手続要領>



### 1 助成対象者

受検年度の4月1日現在満35歳以上で、かつ受検日当日に任意継続組合員である方。ただし、**在職中に会社が募集する人間ドックに申込みをし、受検した方は対象外**です。  
※任意継続組合員の被扶養配偶者は人間ドック助成の対象外です。

### 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**20,000円**を上限として助成します。
- 助成回数は、年度内に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、アミラーゼ（※）
6 肝機能検査	GPT、GOT、 $\gamma$ -GTP、総蛋白、A/G比（※）、総ビリルビン、LDH（※）、AL-P、Ch-E（※）、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、尿ウロビリノーゲン（※）
10 眼科・聴力検査	視力、眼底、眼圧、聴力

※ただし2023年4月1日以降に受検した人間ドックについては、アミラーゼ、A/G比、LDH、Ch-E、尿ウロビリノーゲンの5つの検査項目を検査必須項目から除外します。

### 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

上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から起算して2年です。請求期限を過ぎて共済センターに到着した請求書による請求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)が43,200円の間ドックを受検し、5,000円の市町村助成が受けられる場合

## 任意継続組合員人間ドック検診費請求書

任

※<人間ドック検診費助成(任意継続組合員)の手続要領>をよくお読みいただき、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	共済センター受付印		
フリガナ 組合員氏名	キョウサイ タロウ 共済 太郎		【助成対象者】 受検年度の4月1日現在満35歳以上で、受検日当日に任意継続組合員である方。							※	
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)					
	43,200 円		5,000 円			38,200 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。			年月日	(西暦) 2023 年 4 月 1 日					一審	二審
上記のとおり人間ドックを受けたので <b>20,000 円</b> 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。)、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。										※は共済組合使用欄	
日本郵政共済組合 共済センター長 殿 (西暦) 2023 年 4 月 1 日											
【助成金額】 人間ドック検診費のうち <b>20,000円を上限</b> として助成します。											
請求者 (組合員本人) 〒 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											

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。

請求金額に誤りがないか、  
提出前に、もう一度、  
確認してね!



請求期限は、**受検日から起算して2年**です。  
請求期限を過ぎて共済センターに到着した請求書による請求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。

# 任意継続組合員人間ドック検診費請求書



※<人間ドック検診費助成(任意継続組合員)の手続要領>をよくお読みいただき、ご記入ください。

組合員番号 (=社員番号8桁)												共済センター受付印	
フリガナ 組合員氏名								生年月日	昭和 平成	年	月	日	※
									(当該年度4月1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)					
	円				円			円					
医療機関名								受検年月日	(西暦)	年	月	日	一審
													二審
													※
													※

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。）、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) 年 月 日

〒 \_\_\_\_\_ 住所  
 請求者 (組合員本人) 氏名 \_\_\_\_\_  
 昼間連絡先TEL \_\_\_\_\_

※は共済組合使用欄

・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。

- 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
- 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

- 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。  
 健診結果の写しを同封しましたか。
- 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、**受検日から2年**です。請求期限を過ぎて共済センターに到着した請求書による請求は助成対象外となります。

## 別紙2

## 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	a. 血圧を下げる薬	①はい ②いいえ
2	b. インスリン注射又は血糖を下げる薬	①はい ②いいえ
3	c. コレステロール、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、治療を受けたりし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、治療を受けたりしたことがありますか。	①はい ②いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や慢性の腎不全にかかっているといわれたり、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、貧血といわれたことがありますか。	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を両方満たす者である。 条件1：最近1ヶ月間吸っている 条件2：生涯で6ヶ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている）	① はい（条件1と条件2を両方満たす） ② 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない（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又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とき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	朝昼夕の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1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、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・180ml）の 目安：ビール（同5度・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）	① 1合未満 ② 1～2合未満 ③ 2～3合未満 ④ 3～5合未満 ⑤ 5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えますか。	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

※医師の診断・治療のもとで服薬中の者を指す。