＜人間ドック検診費助成（任意継続組合員）の手続要領＞

Q 人間ドックの受検日現在、満35歳以上の任意継続組合員（右に示す項番1参照）ですか？

はい → Q 受検した人間ドックの検査内容は、検診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？

いいえ → 助成対象外です。

はい → 助成対象です。
「検診-04任意継続組合員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 → Q 人間ドックの受検時に特定健診の受診券を併用しましたか？

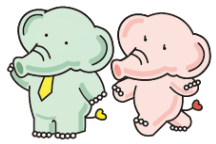
いいえ → 助成対象外です。

はい → ①請求書次ページの「特定健診-02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。

いいえ → 助成対象外です。

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

（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**20,000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　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）が43,200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

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 ／ 受検年月日：（西暦） 20** 年 ＊ 月 ＊ 日

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。

一審	二審
※	※

※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 20,000 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20,000円を上限として助成します。

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。

検診-04

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）										
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	

共済センター受付印	
※	

一審	二審
※	※

※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

（西暦）　　年　　月　　日

請求者
（組合員本人）

〒

住所

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）を飲む頻度はどのぐらいですか。 （※「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