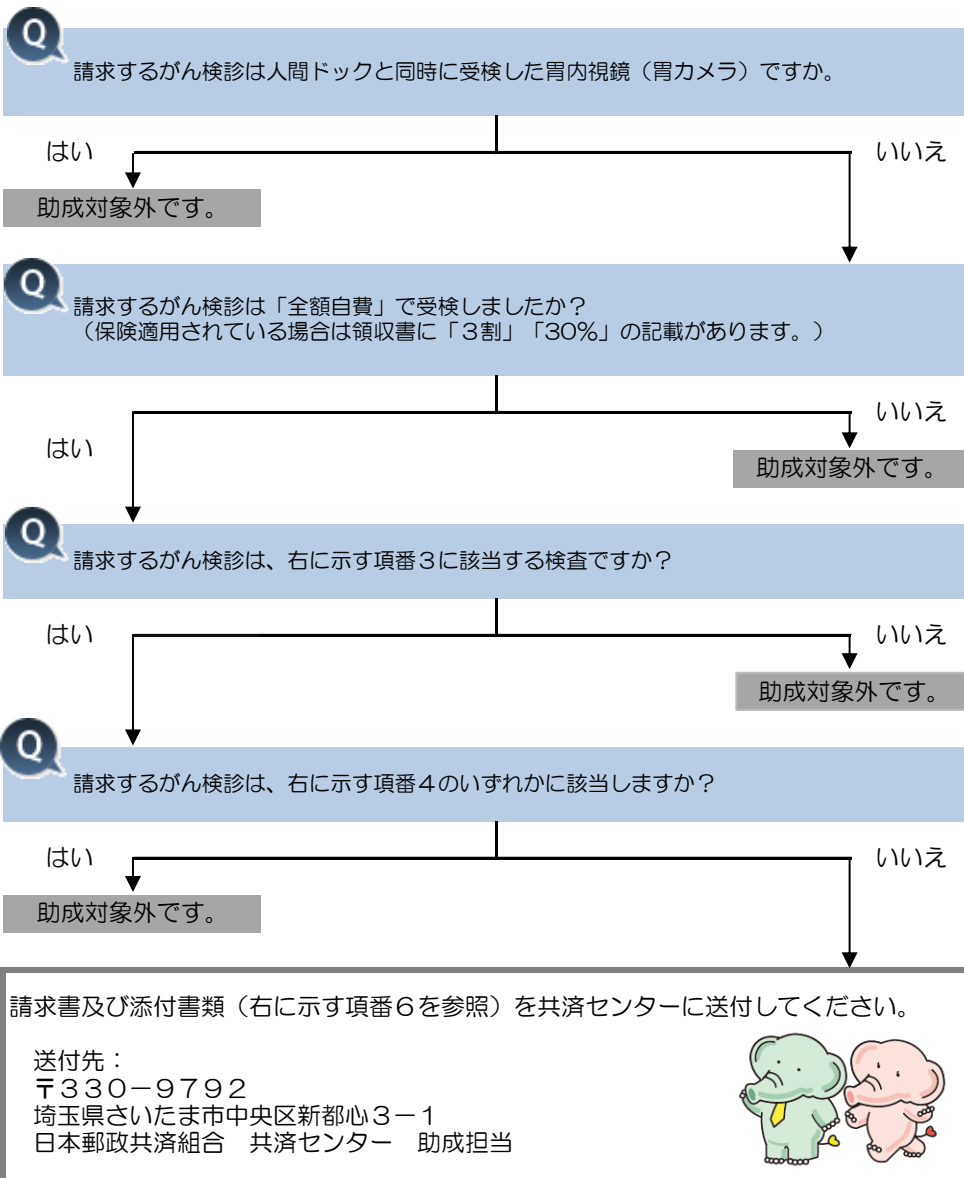


<がん検診費助成（組合員及びその被扶養者）の手続要領>



1 助成対象者

組合員（任意継続組合員を除く）及びその被扶養者で、受検日当日満30歳以上の方。

2 助成金額等

- （1）下記の5項目について、1項目につき5,000円を上限として助成します（検診費が5,000円未満の場合は実際に掛かった費用が助成の上限となります。）。
- （2）受検日を基準とし、検診1項目につき同一年度（4月1日から3月31日まで）1回限りです。

3 助成対象となる検査

| 項目 | 検査内容 |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 1 胃がん | 胃X線（バリウム） 胃内視鏡（胃カメラ） ※ただし人間ドックと同時に受検した胃内視鏡（胃カメラ）を除く。 |
| 2 子宮がん | 頸部細胞診、体部細胞診 |
| 3 乳がん | マンモグラフィ、乳腺エコー、これらと同時に実施した視触診 |
| ※2、3ともに、会社申込み人間ドックのうち婦人科検診込みの人間ドックを受検した場合を除く。 | |
| 4 肺がん | 胸部X線、胸部CT、喀痰細胞診 |
| 5 大腸がん | 大腸内視鏡、便潜血 |

4 助成対象外となる場合

- （1）がん検診の検査を保険診療（マイナ保険証等を提示して2割～3割）で受検した場合。
- （2）人間ドックと同時に胃内視鏡（胃カメラ）検査を受検した場合。
- （3）人間ドック（名称に関わらず当組合の助成基準に相当する健診）に含まれる以下の検査を受検した場合。
ア 胃X線、イ 胃内視鏡、ウ 胸部X線、エ 胸部CT、オ 便潜血、カ 大腸内視鏡、キ 子宮頸・体部細胞診、ク マンモグラフィ、ケ 乳腺エコー
- （4）会社申込みの人間ドックのうち婦人科検診込の人間ドックを受検した際の子宮がん及び乳がん検診費、またはその両方の検診費を請求する場合。
- （5）セット料金となっている検診について、各々の料金が明確でない場合。
- （6）経膈超音波、HPV検査、腫瘍マーカー、PET検査、ピロリ菌検査、胃がんリスク（ABC）検診

5 がん検診の申込等

項番3の検査内容を満たしていることを確認した上で、健診機関にがん検診の予約をしてください。受検日当日にがん検診費の全額を支払ってください。

6 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。

7 請求期限

がん検診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)の被扶養者(共済花子)が3,300円の子宮がん検診及び5,500円の乳がん検診を受検した場合

検診-02

がん検診費請求書

※<がん検診費助成(組合員及びその被扶養者)の手続要領>をよくお読みいただき、組合員ご本人がご記入ください。

| | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---|------|---|-----|-----------|------|-----------|---------------------|--------------------|-----------|----|
| 組合員番号 (=社員番号8桁) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | フリガナ 組合員氏名 | キョウサイ タロウ 共済 太郎 | 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 | キョウサイ ハナコ 共済 花子 | ※ | |
| | | | | | | | | | 受検者の生年月日 | | | |
| がん検診項目 | 胃がん | | 子宮がん | | 乳がん | | 大腸がん | | 合計 | | 一審 | 二審 |
| 受検者負担額 | A | B | C | D | E | A+B+C+D+E | | ※ | | ※ | | |
| 助成額 | a | b | c | d | e | a+b+c+d+e | | ※は共済組合使用欄 | | | | |
| 医療機関 | 1項目につき5,000円を上限として助成します。 検診費が5,000円未満の場合は実際に掛かった費用が助成の上限です。 | | | | | | | | (西暦) 20** 年 * 月 * 日 | | | |
| 上記のとおりがん検診を受けたので 8,300 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 | | | | | | | | | | | | |
| 〒 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。

がん検診費請求書

組・被

※がん検診費助成(組合員及びその被扶養者)の手続要領をよくお読みいただき、組合員ご本人がご記入ください。

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------|--------|--------|--------|----------------|--|---------------|--------------------------------|-----------|-----------|
| 組合員番号 (=社員番号8桁) | | | | | | | | | フリガナ 組合員氏名 | | 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 | | ※ | |
| | | | | | | | | 受検者の生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 (受検日現在の年齢) 歳 | | |
| がん検診項目 | 胃がん | 子宮がん | 乳がん | 肺がん | 大腸がん | 合計 | | | | 一審 二審 | |
| 受検者負担額 | A 円 | B 円 | C 円 | D 円 | E 円 | A+B+C+D+E 円 | | | | ※ ※ | |
| 助成額 | a 円 | b 円 | c 円 | d 円 | e 円 | a+b+c+d+e 円 | | | | ※は共済組合使用欄 | |
| 医療機関名 | | | | | | | | 受検年月日 | (西暦) 年 月 日 | | |
| <p>上記のとおりがん検診を受けたので _____ 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>〒 住所</p> <p>請求者 (組合員本人) 氏名</p> <p>昼間連絡先TEL</p> | | | | | | | | | | | |
| <p>・項番1、2の該当する項目に、それぞれチェックを付けてください。</p> <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。 <input type="checkbox"/>了承する <input type="checkbox"/>了承しない</p> <p>2. 送付前に確認し、チェックを付けてください。 <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。 <input type="checkbox"/>請求金額は記入しましたか。</p> <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です。</p> | | | | | | | | | | | |