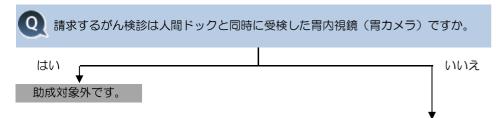
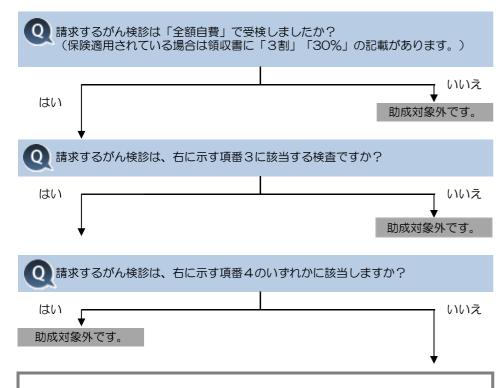
くがん検診費助成(任意継続組合員)の手続要領>





請求書及び添付書類(右に示す項番6を参照)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



受検年度の4月1日現在満30歳以上で、受検日当日に任意継続組合員である方。

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。)。 ※ただし2023年3月31日以前に受検したがん検診は、1項目につき3,500円を上限として助成します(検診費が3,500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) 1項目につき、年度内に1回を上限として助成します。

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。

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。 検診−02

任意継続組合員がん検診費請求書



※くがん検診費助成(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。 ユウセイ ハナコ 共済センター受付印 組合員番号 フリガナ 5 8 4 郵政 花子 (=社員番号8桁) 組合員氏名 X 【助成対象者】 受検者の生年月日 受検年度の4月1日現在満30歳以上で、 かつ受検日当日に任意継続組合員である方。 がん検診項目 胃がん 大腸がん 子宮がん 乳がん 肺がん 合計 A+B+C+D+E 受検者負担額 8 800_m 3. 300 ⊞ 5. 500 ⊞ 円 田 a+b+c+d+e 一審 二審 助成額 3. 300 ⊞ 8. 300 × × 5.000 ⊞ 円 医 1項目につき5,000円(※)を上限として助成します。 2023 年 月 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。 2022年4月1日以降に受検したがん検診に掛かる交通費は 8,300 円 を請求します。助成対象外です。 上記のとおりがん検診を受けたので 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 330-9792 住所 埼玉県さいたま市中央区新都心3-1 請求者 2023 年 4 月 2 日 (西暦) (組合員本人) 氏名 郵政 花子 昼間連絡先TEL 012-345-6789 ※ただし、2023年3月31日以前に受検したものは3.500円

> 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。

任意継続組合員がん検診費請求書



※<がん検診費助成(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 組合	ナ 員氏名			共済センター受付印		
				受検者の生年月日		昭和 年 平成 「受検日現在の年齢)	月日歳			
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			
受検者負担額	PI	円		円	円	円	円			
助成額	円	円		円	円	Ħ	円			
医療機関名				受検	年月日	(西暦) 年	月	B		
上記のとおりがん検診を受けたので 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										
□了承する □了承しない	必要な事項を共済 もよろしいですか。	センターから健診機	関に 2. i	領収書 を同封 青求金	書(原本)」、「明細 しましたか。 額は記入しました	か。	認できるパンフレット等」			