＜がん検診費助成（任意継続組合員）の手続要領＞

Q 請求するがん検診は人間ドックと同時に受検した胃内視鏡（胃カメラ）ですか。

はい → 助成対象外です。

いいえ →

Q 請求するがん検診は「全額自費」で受検しましたか？
（保険適用されている場合は領収書に「３割」「30%」の記載があります。）

はい →

いいえ → 助成対象外です。

Q 請求するがん検診は、右に示す項番３に該当する検査ですか？

はい →

いいえ → 助成対象外です。

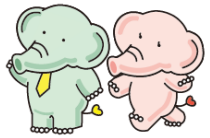
Q 請求するがん検診は、右に示す項番４のいずれかに該当しますか？

はい → 助成対象外です。

いいえ →

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



１　助成対象者

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。）。
（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

⑴ 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。
⑵ 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。
⑶ 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
⑷ 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。
⑸ 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。
⑹ 経腟超音波、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（郵政花子）が3,300円の子宮がん検診及び5,500円乳がん検診を受検した場合

検診-02

任意継続組合員がん検診費請求書

任

※＜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）	1	2	3	4	5	6	7	8	フリガナ 組合員氏名	ユウセイ　ハナコ 郵政　花子	共済センター受付印 ※
									受検者の生年月日	【助成対象者】 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	子宮がん	乳がん	肺がん	大腸がん	合計
受検者負担額	A 円	B 3,300円	C 5,500円	D 円	E 円	A+B+C+D+E 8,800円
助成額	a 円	b 3,300円	c 5,000円	d 円	e 円	a+b+c+d+e 8,300円

医	（西暦） 20** 年 ＊ 月 ＊ 日

一審	二審
※	※

※は共済組合使用欄

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。

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

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 郵政　花子
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-05

任意継続組合員がん検診費請求書

任

※＜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）									フリガナ 組合員氏名	
									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
受検者負担額	円	円	円	円	円	円
助成額	円	円	円	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

上記のとおりがん検診を受けたので ＿＿＿＿ 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、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。

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. 送付前に確認し、チェックを付けてください。
□「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。