＜脳ドック検診費助成（任意継続組合員）の手続要領＞

Q 脳ドックを受検したのは、受検年度現在、満30歳以上の任意継続組合員で、かつ、受診日現在、任意継続組合員ですか？

- はい →
- いいえ → 助成対象外です。

Q 脳ドックは「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）

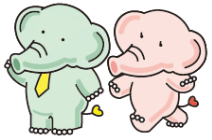
- はい →
- いいえ → 助成対象外です。

Q 受検した検査は「頭部MRＩ」又は「頭部MRA」ですか？

- はい →
- いいえ → 助成対象外です。

助成対象です。「検診06-脳ドック検診費請求書」（以下「請求書」といいます。）を記入し、「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、共済センターに送付してください。

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30歳以上の任意継続組合員で、かつ、受診日現在任意継続組合員である方。

２　助成金額等

（１）脳ドック検診費に対して、20,000円上限として助成します（検診費が20,000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）助成回数は、年度内に１回限りです。

３　助成対象となる検査

頭部ＭＲＩ、頭部ＭＲＡ

４　助成対象とならない検査

頭部ＣＴ
ＶＳＲＡＤ（脳の委縮度検査）
頸動脈エコー
頭部MRI、頭部ＭＲＡ検査が保険適用されている場合

５　脳ドックの申込等

項番３の検査内容を満たしていることを確認した上で、健診機関に脳ドックの予約をしてください。受検日当日に脳ドック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

脳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＞

【例】 組合員　共済太郎が脳ドック（33,000円）を受検した場合

任意継続組合員脳ドック検診費請求書

任

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

組合員番号（＝社員番号8桁）	0 1 2 3 4 5 6 7	フリガナ 任継組合員氏名	キョウサイ　タロウ 共済　太郎
医療機関名		生年月日	
受検者負担額	33,000 円		
受検年月日	（西暦） 2023 年 4 月 1 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。

共済センター受付印	
※	
一審	二審
※	※

※は共済組合使用欄

上記のとおり脳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。）、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）　2023　年　4　月　2　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　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。

検診-06

任意継続組合員脳ドック検診費請求書

任

※＜脳ドック検診費助成（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 任継組合員氏名	
医療機関名		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 （受検日現在の年齢）　　歳
受検者負担額	円		
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

上記のとおり脳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

請求者
（組合員本人）

〒

住所

氏名

昼間連絡先TEL

・項番1の該当する項目及び項番2の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．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。