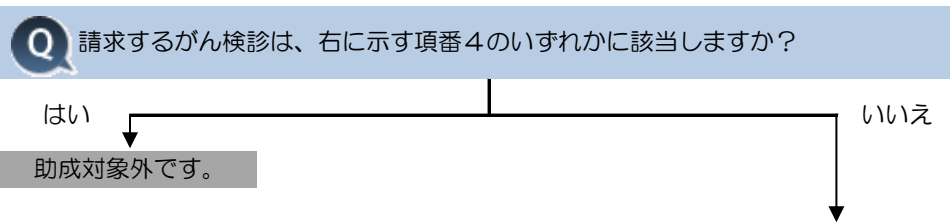
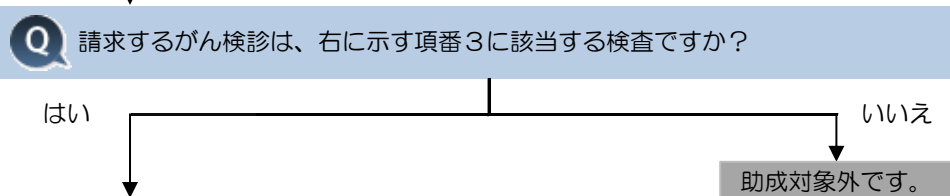
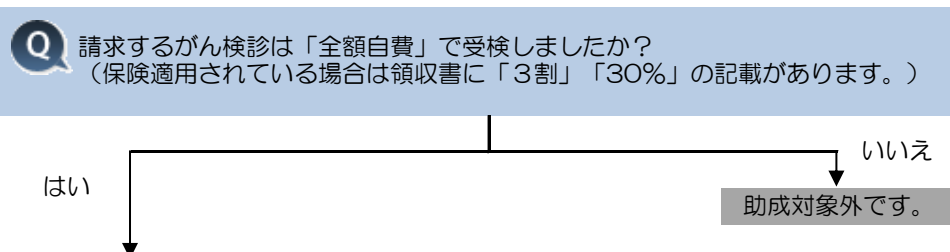
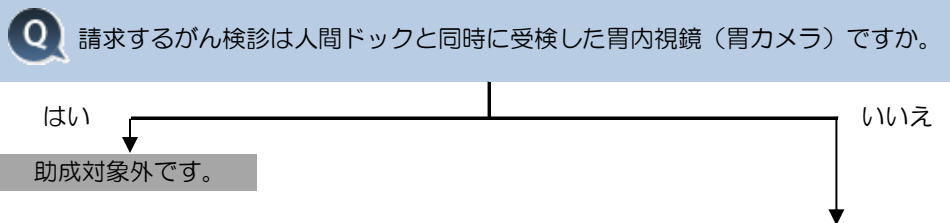
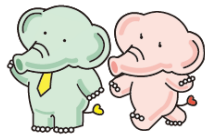


<がん検診費助成（組合員及びその被扶養者）の手続要領>



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



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。）。
※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（組合員証等を提示して2割～3割）で受検した場合
- 2 独自にセット料金が設定されている検診について、各々の料金が明確でない場合
- 3 会社の人間ドックを受診した方の以下の検査

- ①「胃カメラ」、②「胃X線」

（参考）人間ドック受診者のがん検診助成対象一覧

	胃がん	子宮がん	乳がん	肺がん	大腸がん
一般検診	×	○(※)	○(※)	○	○

（※）人間ドック検診費として助成されている場合は対象外です。
受検前の場合は受検する病院へ事前に人間ドック検診費として助成されているか確認してください。

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

上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。

<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

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。

組合員証番号 (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)	組合員証又は被扶養者証に記載されている 8桁の番号です。 組合員ごとに割り振られています。							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	【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、 受検日当日に満30歳以上の方。	
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		一審	二審	
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		※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。
※ただし、2023年3月31日以前に受検したものは3,500円

受検年月日 (西暦) 2023 年 4 月 1 日

8,300 円 を請求します。 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
助成対象外です。

、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

〒 330-9792
住所 埼玉県さいたま市中央区新都心3-1
請求者 (組合員本人) 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。

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。

組合員証番号 (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		昭和 年 月 日 平成 年 月 日 (受検日現在の年齢) 歳	※
								受検者の生年月日			
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		

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。)、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

〒

住所

(西暦) 年 月 日

請求者
(組合員本人)

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です。