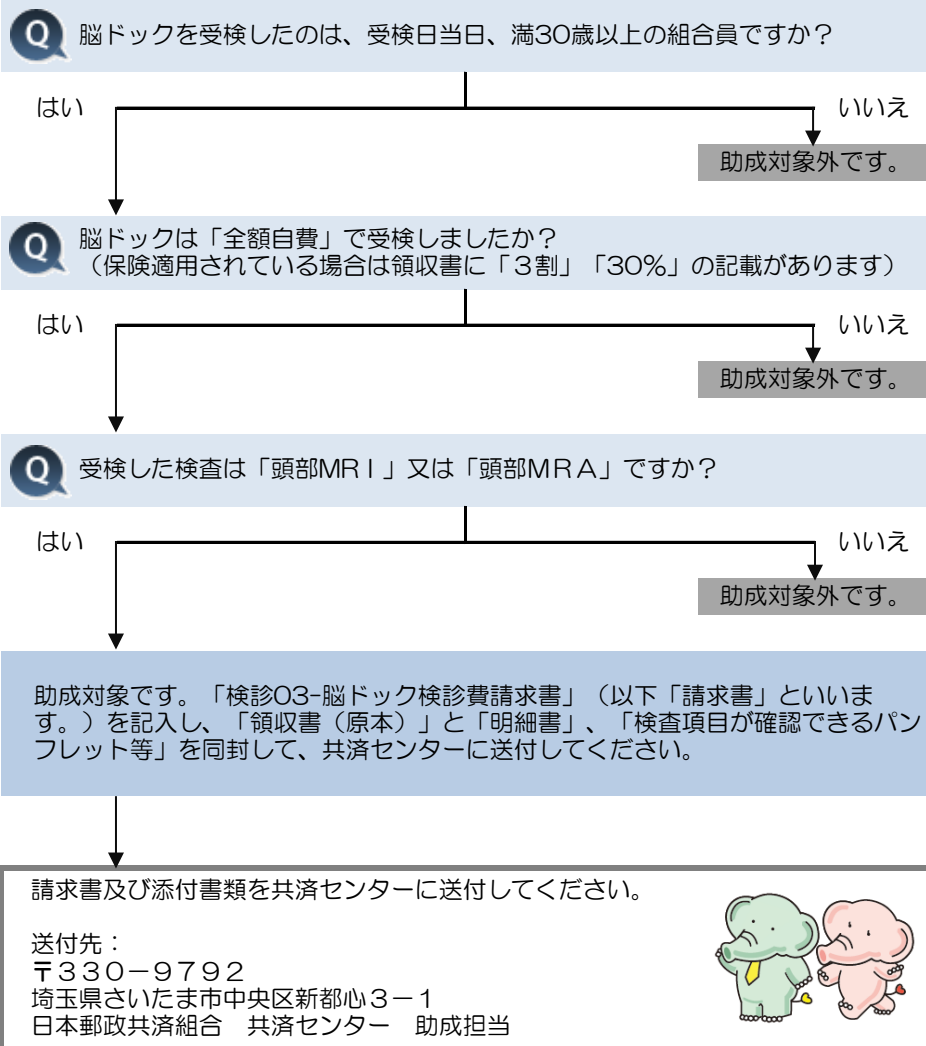


## <脳ドック検診費助成（組合員）の手続要領>



### 1 助成対象者

受検日当日満30歳以上の組合員

### 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）

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

# 脳ドック検診費請求書



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

組合員証番号 (8桁)	0 1 2 3 4 5 6 7	フリガナ 受検組合員氏名	キョウサイ タロウ 共済 太郎	共済センター受付印
医療機関名	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。年月日 組合員ごとに割り振られています。		【助成対象者】 受検日当日、満30歳以上の組合員 (受検日現在の年齢) 30 歳	※
受検者負担額	33,000 円		勤務局所名: 勤務部署: 勤務部署TEL:	一審 二審
受検年月日	(西暦) 2023 年 4 月 1 日		勤務局所 ( 部 署 )	※ ※
上記のとおり脳ドックを受けたので <u>20,000</u> 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		〒 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。



# 脳ドック検診費請求書

※＜脳ドック検診費助成(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。

組合員証番号 (8桁)								フリガナ 受検組合員氏名		共済センター受付印				
医療機関名								受検者の生年月日	昭和 平成	年	月	日	※	
受検者負担額								勤務局所 ( 部 署 )	勤務局所名:					
受検年月日	(西暦)	年	月	日	勤務部署:									
									勤務部署TEL:				一審	二審
											※	※		

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  
 〒 住所  
 請求者 (組合員本人) 氏名  
 屋間連絡先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。<br><input type="checkbox"/> 了承する<br><input type="checkbox"/> 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。<br><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。<br><input type="checkbox"/> 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。

※は共済組合使用欄