

<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。

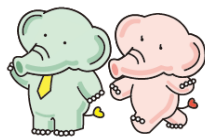
請求書及び添付書類を共済センターに送付してください。

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

VS RAD（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

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 任意継続組合員氏名	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。	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。	※
受検者負担額	33,000 円			一審
受検年月日	(西暦) 2023 年 4 月 1 日			二審
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		〒 330-9792		
(西暦) 2023 年 4 月 2 日		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。

任意継続組合員脳ドック検診費請求書



※<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。

組合員証番号 (8桁)		フリガナ 任意継続組合員氏名			共済センター受付印
医療機関名		生年月日	昭和 平成	年 月 日	※
受検者負担額		円	(受検日現在の年齢) 歳		
受検年月日	(西暦)	年 月 日			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。					※は共済組合使用欄
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。 <input type="checkbox"/> 了承する <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。 <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。 <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。					