



9月に新しい被保険者証を郵送

有効期限切れの被保険者証は
ご返還願います。

北海道医師国民健康保険組合では本年9月に被保険者証の更新を行い、新しい被保険者証は組合から組合員の皆様へ直接、簡易書留により郵送しております。

有効期限が切れた被保険者証につきましては、10月末日までに組合員の方が所属する都市医師会または医育機関医師会事務局へご返還ください。

項 目	新 被 保 険 者 証
交 付 年 月 日	平成27年9月1日
有 効 期 限	平成29年9月30日 (各被保険者により異なる場合あり)
証 の 色	オレンジ系
被 保 険 者 証 の 使 用	平成27年9月1日～

《 有効期限が切れた被保険者証を紛失された場合 》

「被保険者証紛失届」を組合員の方が所属する都市医師会または医育機関医師会事務局へご提出ください。

* 組合が発行する期限切れの証がお手元にございましたらすべてお返しください。

【被保険者証】【高齢受給者証】【限度額認定証】【特定疾病療養受療証】

《 被保険者に異動があった場合 》

本組合に加入しているご家族の方（准組合員(従業員)も含む）に異動（社会保険加入・退職等）が生じた時は、事実が生じた日から14日以内に組合員の方が所属する都市医師会または医育機関医師会事務局に届け出てください。

届け出が遅れますと保険料の調整（増減）および保険給付等に影響しますので、ご注意ください。

◎ 一部加入届

社会保険（協会けんぽ等）離脱、出生、准組合員(従業員)の採用、組合員と同一世帯になったとき、ほか

※ 家族＝組合員および准組合員(従業員)と同一世帯の75歳未満の家族で、社会保険に加入できない方

※ 准組合員＝75歳未満の従業員で社会保険に加入できない方

◎ 一部喪失届

社会保険（協会けんぽ等）加入、死亡、准組合員(従業員)の退職、組合員と別世帯になったとき、ほか

◎ その他

① 住所・氏名変更届・・・組合員・准組合員(従業員)の住所・氏名が変更になったとき

② 法第116条該当・非該当届・・・家族が入学等により組合員と住所を別にしたときまたは卒業したとき

※ 届け出用紙は、組合員の方が所属する都市医師会または医育機関医師会事務局および組合ホームページからも入手できます。

組合ホームページアドレス <http://www.hokkaido.med.or.jp/kokuho/>

ご不明な点がございましたら、組合（TEL 011-271-7471）へお問い合わせください。

道医師国保組合のお知らせ

インフルエンザワクチン接種及び 人間ドック等健康診査に対する助成を実施

今年も、インフルエンザワクチン接種の時期となりました。

本組合では、保健事業の一環としてインフルエンザワクチン接種に対する助成事業を実施しておりますが、助成制度利用の概要が記載されている「健康診査ガイドブック」は、すでに9月下旬に組合員の方々へお送りしております。

また、人間ドック等健康診査に対しましても助成事業を実施しておりますので、是非、ご活用いただきたく、お知らせいたします。

なお、ご不明な点がございましたら、連絡先までお問い合わせください。

〈連絡先〉北海道医師国民健康保険組合 総務係
〒060-0042 札幌市中央区大通西6丁目6 北海道医師会館6階
TEL 011-271-7471

1. インフルエンザワクチン接種の助成について

助成につきましては、インフルエンザワクチンの接種後に助成金の交付請求書によりご請求いただくこととなります。

利用対象者の範囲	本組合に加入の組合員および被保険者（家族・准組合員（従業員）） （注）社会保険（協会けんぽ等）・市町村国保等に加入の方→対象外
助成額	予防接種を受けた組合員および被保険者一人、同一年度内 1,000円 （注）お子様で2回予防接種を受けた場合でも、助成額は1,000円
助成金の請求	『インフルエンザワクチン接種助成金交付請求書』を直接本組合に提出（郵送等） （注）組合員（申請者）が、家族・准組合員（従業員）分を含めて請求のこと
請求書の用紙	「健康診査ガイドブック」の様式 本組合のインターネットホームページに掲載の様式 *組合ホームページアドレス http://www.hokkaido.med.or.jp/kokuho/ 本誌の「様式」頁のコピーも使用可能
助成金の請求期間と支払い方法	請求期間は、 <u>年度末（平成28年3月31日）まで</u> 支払い方法は、請求書に基づき、組合員（申請者）の銀行口座へ一括お振り込み

2. 人間ドック等健康診査の助成について

健康診査は、「入院人間ドック」「簡易人間ドック」のほか40歳から74歳までの方を対象とした「特定健康診査」があります。

特定健康診査対象の方が健康診査を受診される際には、必ず『特定健康診査基本項目』の受診をお願いいたします。

なお、人間ドック等、検査項目の中に特定健康診査基本項目がすべて含まれている場合は、改めて特定健康診査を受診される必要はございません。

利用対象者の範囲	本組合に加入の組合員および被保険者（家族・准組合員（従業員）） （注）社会保険（協会けんぽ等）・市町村国保等に加入の方→対象外
健康診査の種類	(1) 入院人間ドック（1泊2日以上） (2) 簡易人間ドック（1日または半日を含む） (3) 特定健康診査
利用する医療機関	(1) 入院人間ドック 入院人間ドックを常設している医療機関 (2) 簡易人間ドック 簡易人間ドックを実施している医療機関 (3) 特定健康診査 特定健康診査を実施している医療機関 * (2)・(3)は自家健診が可能
助成額 (助成限度額)	(1) 入院人間ドック 組合員 8万円 家族・准組合員（従業員） 3万円 (2) 簡易人間ドック 組合員 5万円 家族・准組合員（従業員） 3万円 (3) 特定健康診査 ①基本健康診査 7,680円 ②詳細健康診査(任意項目) 貧血検査 900円 心電図検査 1,620円 眼底検査 1,210円 * 特定健康診査の費用は、(1)・(2)に定める限度額に含む
助成の回数	同一組合員および被保険者に対し、同一年度内に原則1回 ただし、別の医療機関で別の検査項目を実施した場合は、助成金限度額の範囲内であれば、この限りではない
助成金の請求	(1) 健康診査利用の組合員および健康診査利用の被保険者に関わる組合員が、助成金を請求するとき 「健康診査助成金請求書（組合員）」（様式第1号） (2) 健康診査実施医療機関が、組合員の同意を得て助成金を請求するとき 「組合員の同意による健康診査助成金交付請求書」（様式第3号） (3) 自家健診で特定健康診査のみ実施した場合 特定健康診査入力表、質問票、振込口座届出書 * (1)・(2)の添付書類については「健診ガイドブック」を参照
請求書の用紙	「健康診査ガイドブック」の様式 本組合のインターネットホームページに掲載の様式 * 組合ホームページアドレス http://www.hokkaido.med.or.jp/kokuho/
助成金の請求期間と支払い方法	請求期間は、 年度末（平成28年3月31日）まで 支払い方法は、請求書に基づき、申請者の銀行口座へお振り込み

インフルエンザワクチン接種助成金交付請求書

被保険者証又は組合員証番号	道 医 一 号		
接種を受けた方 氏 名	組合員・被保険者種別 (該当する箇所を○で囲んで下さい)	接種月日	請求金額 (円)
	組合員・家族・准組合員	平成 年 月 日	
	組合員・家族・准組合員	平成 年 月 日	
	組合員・家族・准組合員	平成 年 月 日	
	組合員・家族・准組合員	平成 年 月 日	
	組合員・家族・准組合員	平成 年 月 日	
	組合員・家族・准組合員	平成 年 月 日	
	組合員・家族・准組合員	平成 年 月 日	
	組合員・家族・准組合員	平成 年 月 日	
	組合員・家族・准組合員	平成 年 月 日	
	組合員・家族・准組合員	平成 年 月 日	
	組合員・家族・准組合員	平成 年 月 日	
	組合員・家族・准組合員	平成 年 月 日	
申請金額合計	一 金 円		

上記のとおりインフルエンザ予防接種を受けたので助成金を請求します。

平成 年 月 日

住 所 _____

組 合 員 _____

氏 名 _____ 印

北海道医師国民健康保険組合理事長 様

(組合員の口座)

送 金 先	銀 行 店		
	信用金庫		
	フリガナ	預金種別	普通・当座・貯蓄
	口座名義	口座番号	

- 〔備考〕 ※ 対象者は、北海道医師国保組合に加入の組合員及び被保険者です。
 (社会保険、市町村国保等に参加の方は対象になりません。)
 ※ 助成額は同一年度内1人1,000円です。
 ※ 請求につきましては、接種された年度末(3月31日)までお願いいたします。

