



平成26年10月1日から 傷病手当金・休業見舞金の 支給内容が変更

平成26年7月26日に開催された第113回通常組合会において傷病手当金・休業見舞金の規約および規約取扱規則の一部改正が承認され、平成26年10月1日から支給内容が変更となります。

〈改正された内容〉

支給対象条件	平成26年9月30日まで	平成26年10月1日から
支給対象者	就業中の医師である組合員 (常時勤務のみ)	<u>医業に従事する医師である組合員 (非常勤を含む)</u>
支給対象療養と 支給開始日	就業困難と認められた日若しくは 入院又は入院に準ずる自宅療養と 理事会で認められた日から起算し て8日目から支給	<u>入院した日から起算して1日目か ら支給</u>
支給日数(合計)	同一疾病につき360日間	<u>1人につき360日間</u>

※ 支給額は変更なし (日額 5,000円)

道医師国保組合公告

平成26年10月1日 道医国保公示第400号

北海道医師国民健康保険組合
理事長 赤倉昌巳

北海道医師国民健康保険組合の組合役員に異動があったので、次のとおり公示する。

◎退任された役員 常務理事：畑 俊一 (札幌市：平成26年8月31日 退任)

※ 長瀬 清 副理事長が平成26年9月1日から常務理事を兼務
(兼務期間：上記の組合役員は常務理事を兼務された年月日から前任者の残任期間である
平成27年3月31日までとする)

道医師国保組合お知らせ

インフルエンザワクチン接種 助成制度利用のご案内

－健康診査も助成事業を実施－

本年もインフルエンザワクチン接種の時期を迎えました。

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、助成制度をご利用いただきたく9月下旬に「健康診査ガイドブック」を組合員の皆様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、インフルエンザワクチン接種に対する助成利用制度とあわせて、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願います。

〈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 北海道医師会館6階

TEL 011-271-7471

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

1. インフルエンザワクチン接種の助成について

利用対象者の範囲	本組合に加入の組合員および家族・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』を直接本組合に請求(郵送) (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 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、 年度末（平成27年3月31日）まで 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

※注意1 請求書のワクチン接種日は必ず記入。(接種を2回受けた場合は、初回の日付)

※注意2 請求書の請求金額は「1,000円」と記入。

※注意3 請求書は組合員ごとに提出。(例：ご夫婦が共に組合員の場合→各1枚ずつ提出)

※注意4 請求書には領収証等の添付は不要。

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」「特定健康診査」等があります。

『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「特定健康診査項目」の受診をお願いいたします。

なお、人間ドックを受診される場合は、検査項目の中に特定健康診査項目が含まれておりますので、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	(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回とする 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) 組合員が、助成金を請求 「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、助成金を請求（組合員の同意必要） 「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) <u>自家健診で特定健康診査だけ</u> の受診の場合 特定健康診査用入力表、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
助成金の請求期間と支払い方法	請求期間は、 年度末（平成27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	
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 信用金庫	店
	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、市町村国保等に加入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)までをお願いいたします。