



# 人間ドック等健康診査 インフルエンザワクチン接種 平成25年度の助成金の請求は 平成26年3月末日迄です！

北海道医師国保組合では、保健事業の一環として実施しております「入院人間ドック」「簡易人間ドック」「特定健康診査」「インフルエンザワクチン接種」につきましては助成金を交付しております。

すでに人間ドック等を受診またはインフルエンザワクチンを接種され、まだ「健康診査助成金交付請求書」や「インフルエンザワクチン接種助成金交付請求書」を組合へ提出されていない方は、平成26年3月31日までに請求をください。

また、特定健康診査は実施登録機関になっていれば、ご自身の所属する医療機関で健診を受診（自家健診）しても差し支えありませんので、まだ受診されていない方は、ぜひ受診していただくようお願いいたします。

## 〈1. 人間ドック等健康診査〉

項 目	入院人間ドック (1泊2日以上)	簡易人間ドック (1日または半日含む)	特定健康診査
1. 利用者の範囲	本組合に加入の組合員および被保険者		本組合に加入の組合員 および被保険者で40～ 74歳までの方
2. 利用する医療機関	入院人間ドックを常設 している医療機関	簡易人間ドックを実施 している医療機関 (自家健診可)	特定健康診査を実施し ている医療機関 (自家健診可)
3. 助成金限度額	組合員 8万円 家族・准組合員 3万円 (特定健康診査の費用 を含む)	組合員 5万円 家族・准組合員 3万円 (特定健康診査の費用 を含む)	基本健康診査 7,460円 貧血検査 900円 心電図検査 1,600円 眼底検査 1,200円
4. 請 求 用 紙	「健康診査助成金交付請求書(様式第1号)」 または 「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)」		特定健康診査(自家健 診) 振込口座届出書

### (注意)

#### 1. 利用者の範囲について

利用対象外：社会保険、市町村国保などに加入の方  
(当組合の組合員証または被保険者証をお持ちでない方)

#### 2. 助成金限度額(40～74歳までの方のみ)について

- ・「特定健康診査項目」の受診がない
- ・基本健康診査項目が網羅されていない(検査項目に血糖検査が無い等)

↓助成金限度額

助成金限度額から特定健康診査基本健康診査分(7,460円)を差し引いた金額

## 3. 請求について

## 1) 請求書類

①組合員が組合へ請求



「健康診査助成金交付請求書」(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



「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)

請求書類用紙

- ・『健康診査ガイドブック』の請求書等の様式
- ・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

## 2) 提出書類

①人間ドック等健康診査を受けた場合

◎健康診査助成金交付請求書

◎検査項目・領収書

◎特定健康診査用入力票・質問票

\*特定健康診査用入力票・質問票の添付が不要の方

・40歳未満および75歳以上の方

・特定健康診査の基本項目がない健診を受けた方

・特定健康診査受診券を医療機関へ提出された方

②自己の医療機関で特定健診項目のみ実施の場合

◎特定健康診査(自家健診)振込口座届出書

◎特定健康診査用入力票・質問票

## 〈2. インフルエンザワクチン接種〉

1. 利用者の範囲	本組合に加入の組合員および被保険者
2. 助成金額	予防接種を受けた被保険者一人、同一年度内 1,000円
3. 助成金の請求	組合員(申請者)が、家族・准組合員(従業員)分を含めて接種後に、直接本組合に請求(郵送)
4. 請求用紙	インフルエンザワクチン接種助成金交付請求書

## (注意)

## 1. 利用者の範囲について

利用対象外：社会保険、市町村国保などに加入の方

(当組合の組合員証または被保険者証をお持ちでない方)

## 2. 助成金額について

インフルエンザワクチン接種を2回受けた場合



助成回数は1回として助成金額は1,000円

3. 請求について

- 請求書類用紙
- ・『健康診査ガイドブック』の請求書の様式
  - ・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

**\* 助成金交付請求書の用紙につきましては、平成26年2月上旬に組合員の方にお送りしております『健康診査ガイドブック』の請求書等の様式をご利用願います。**

なお、本組合のインターネットホームページからも入手できます。

\* 何かご不明な点などがありましたなら、直接本組合までご連絡願います。

連絡先：〒060-0042

札幌市中央区大通西6丁目 北海道医師会館6階

北海道医師国民健康保険組合：総務係

TEL 011-271-7471

## インターネット道医師国保組合ホームページをご利用ください

北海道医師国民健康保険組合では、組合ホームページを開設しております。

組合員等被保険者の皆様に、本組合の業務にかかわる諸情報等を逐次発信しております。

また、各種申請(届け出)等の手続きにつきましては、毎年3月から4月にかけて、組合員および被保険者の方の異動が著しく届け出が多くなる時期になります。

協会けんぽへのご加入、ご家族のご就職、従業員の雇用・退職、自宅の転居など組合への手続きが必要となりますが、国民健康保険法および組合規約によって事実のあった日から14日以内に届け出ることが定められております。

**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、ご注意願いますとともに、各種申請(届け出)用紙はホームページからも入手できますので、ぜひホームページのご活用をお願いいたします。**

\* 北海道医師国民健康保険組合ホームページアドレス

<http://www.hokkaido.med.or.jp/kokuho/>

〒060-0042 札幌市中央区大通西6丁目

北海道医師会館6階

北海道医師国民健康保険組合

TEL 011-271-7471

FAX 011-241-6414

健康診査助成金交付請求書					
被保険者証又は 組合員証の番号	道医 一 号				
受検した被保険者又は 組合員氏名	生年 月日	年 月 日 (年齢 歳)	組合員 被保険者 種 別	組合員 家族 准組合員	
受検した年月日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
受検した種類及び限度額 (該当の番号に○印を記入)	1. 入院人間ドック(1泊2日以上) 限度額(組合員 80,000円、家族・准組合員 30,000円) 2. 簡易人間ドック(1日又は半日を含む) 限度額(組合員 50,000円、家族・准組合員 30,000円)				
健康診査を実施した 医療機関及びその印	所在地 名称	別紙のとおり検査を実施したことを証明します。  <div style="text-align: right;">⑩</div>			
担当した医師	氏名				
検査項目	* 別紙明細のとおり。(検査項目等がわかる書類を添付願います。)				
健診料金	_____ 円 ※領収書を添付願います。 ※なお、自己の開設又は勤務する医療機関で実施した場合は、 領収書にかえて検査項目と金額がわかる書類を添付願います。				
平成 年 月 日 <div style="text-align: right;">住所 _____</div> 組合員 _____ 氏名 _____ ⑩					
北海道医師国民健康保険組合理事長 様					
送金先	銀行・信用金庫 口座種別 (フリガナ) 口座名義	普通・当座・貯蓄	支店 口座番号 _____		

※請求につきましては、受検された年度末(3月31日)までをお願いいたします。

*組合使用欄	交付決定額	円
--------	-------	---

<b>組合員の同意による健康診査助成金交付請求書</b>					
被保険者証又は 組合員証の番号	道 医 一 号				
受検した被保険者又は 組合員の氏名	生年 月日	年 月 日 (年齢 歳)	組 合 員 被 保 険 者 種 別	組 合 員 家 族 准 組 合 員	
受 検 し た 年 月 日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
受検した種類及び限度額 (該当項目に○印を記入)	1. 入院人間ドック(1泊2日以上) 限度額(組合員 80,000円、家族・准組合員 30,000円) 2. 簡易人間ドック(1日又は半日を含む) 限度額(組合員 50,000円、家族・准組合員 30,000円)				
健康診査を実施した 医 療 機 関	名 称				
担 当 し た 医 師	氏 名				
検 査 項 目	* 別紙明細のとおり。(検査項目等がわかる書類を添付願います。)				
請 求 金 額	_____ 円 ( 健診料金 _____ 円 ) ※自己の勤務する医療機関で実施した場合は、領収書にかえて各検査項目の金額がわかる書類を添付願います。				
<b>* 助成金交付について、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場合は、下記の欄に受検された被保険者に関わる組合員の同意書署名を記載願います。</b>					
組合員の 同意書	上記の者の助成金について、実施をした下記の健康診査実施医療機関に組合より助成金を支払われることに同意します。 平成 年 月 日 住 所 組 合 員 氏 名 <span style="float: right;">㊞</span>				
上記のとおり検査を実施したことを証明し、助成金の交付を請求します。 平成 年 月 日 健康診査実施医療機関 所在地 名 称 <span style="float: right;">㊞</span> 北海道医師国民健康保険組合理事長 様					
送 金 先	銀行・信用金庫 普通・当座・貯蓄	支 店 口座番号 _____			
	口座種別 (フリガナ) 口座名義				

**※請求につきましては、受検された年度末(3月31日)までをお願いいたします。**

*組合使用欄	交付決定額	円
--------	-------	---

# 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		
接種を受けられた方 氏 名 (年 齢)	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)
( 歳)	組合員・家族・准組合員	平成 年 月 日	
( 歳)	組合員・家族・准組合員	平成 年 月 日	
( 歳)	組合員・家族・准組合員	平成 年 月 日	
( 歳)	組合員・家族・准組合員	平成 年 月 日	
( 歳)	組合員・家族・准組合員	平成 年 月 日	
( 歳)	組合員・家族・准組合員	平成 年 月 日	
( 歳)	組合員・家族・准組合員	平成 年 月 日	
( 歳)	組合員・家族・准組合員	平成 年 月 日	
( 歳)	組合員・家族・准組合員	平成 年 月 日	
( 歳)	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。

組合員の皆様へ

## 特定健診の受診と北海道日本ハムファイターズの 応援で、心身をリフレッシュしましょう

道医師国保の保健事業である北海道日本ハムファイターズの公式戦の野球観戦事業は、平成 25 年度より保健事業の相乗効果を図るため、抽選時に**特定健診の受診予定者を優先**することにいたしました。おかげさまで、217名の組合員の皆様にご観戦をいただき、また特定健診の受診率も向上いたしました。

そこで、平成 26 年度も、抽選時には、**特定健診の受診予定者を優先**し、保健事業の相乗効果を図ることにいたしましたので、ぜひ、リフレッシュ野球観戦の申し込みと特定健診の受診をセットでお願いいたします。

観戦を希望される方は、「**2014年 北海道日本ハムファイターズ リフレッシュ野球観戦日程表**」に記載の各試合の申込期限まで（必着）に、「**2014年 北海道日本ハムファイターズ リフレッシュ野球観戦申込票**」を医師国保組合まで FAXにて提出してください。申込期限までに申込票が到着した方の中から抽選にて当選者を決定して、組合より入場券を送付いたします。（当選者のチケット代金の費用負担はございません。）

平成 25 年度はお申し込みをいただいた組合員のうち、9 割を超える組合員にご観戦をいただきましたので、複数回にわたり継続してお申し込みをいただければ、当選する可能性はかなり高くなります。

道民球団ファイターズの応援と特定健診の受診で、ストレス発散、心身のリフレッシュ、さらには健康管理にとぜひお役立て下さい。

お問い合わせ先  
北海道医師国保組合  
総務係  
TEL 011-271-7471  
FAX 011-241-6414



## 2014年 北海道日本ハムファイターズ リフレッシュ野球観戦日程表

## 【札幌ドーム】

観戦番号	申込期限	月	日	曜日	開始時刻	対戦相手
A	3月14日	3	28	金	18:15	オリックス
		3	29	土	14:00	オリックス
		3	30	日	13:00	オリックス

観戦番号	申込期限	月	日	曜日	開始時刻	対戦相手
H	6月27日	7	11	金	18:00	福岡ソフトバンク
		7	12	土	15:00	福岡ソフトバンク
		7	13	日	13:00	福岡ソフトバンク

観戦番号	申込期限	月	日	曜日	開始時刻	対戦相手
B	3月28日	4	8	火	18:00	東北楽天
		4	9	水	18:00	東北楽天
		4	10	木	18:00	東北楽天
		4	11	金	18:00	埼玉西武
		4	12	土	14:00	埼玉西武
		4	13	日	13:00	埼玉西武

観戦番号	申込期限	月	日	曜日	開始時刻	対戦相手
I	7月18日	8	1	金	18:00	福岡ソフトバンク
		8	2	土	14:00	福岡ソフトバンク
		8	3	日	13:00	福岡ソフトバンク
		8	12	火	18:00	千葉ロッテ
		8	13	水	18:00	千葉ロッテ
		8	14	木	18:00	千葉ロッテ

観戦番号	申込期限	月	日	曜日	開始時刻	対戦相手
C	4月11日	4	25	金	18:00	千葉ロッテ
		4	26	土	14:00	千葉ロッテ
		4	27	日	13:00	千葉ロッテ
		5	2	金	18:00	オリックス
		5	3	土	15:00	オリックス
		5	4	日	13:00	オリックス

観戦番号	申込期限	月	日	曜日	開始時刻	対戦相手
J	8月1日	8	21	木	18:00	東北楽天
		8	22	金	18:00	埼玉西武
		8	23	土	15:00	埼玉西武
		8	24	日	14:00	埼玉西武

観戦番号	申込期限	月	日	曜日	開始時刻	対戦相手
D	4月25日	5	15	木	18:00	埼玉西武
		5	16	金	18:00	千葉ロッテ
		5	17	土	14:00	千葉ロッテ
		5	18	日	13:00	千葉ロッテ
		5	20	火	18:00	中日
		5	21	水	18:00	中日
		5	23	金	18:00	横浜DeNA
		5	24	土	14:00	横浜DeNA

観戦番号	申込期限	月	日	曜日	開始時刻	対戦相手
K	8月15日	9	2	火	18:00	東北楽天
		9	3	水	18:00	東北楽天
		9	13	土	14:00	オリックス
		9	14	日	14:00	オリックス

観戦番号	申込期限	月	日	曜日	開始時刻	対戦相手
E	5月16日	5	31	土	18:00	阪神
		6	1	日	14:00	阪神
		6	3	火	18:00	広島
		6	4	水	18:00	広島

観戦番号	申込期限	月	日	曜日	開始時刻	対戦相手
L	9月12日	9	27	土	18:00	オリックス
		9	28	日	18:00	福岡ソフトバンク
		9	29	月	18:00	埼玉西武
		9	30	火	18:00	埼玉西武
		10	1	水	18:00	東北楽天

## 【函館市千代台公園野球場】

観戦番号	申込期限	月	日	曜日	開始時刻	対戦相手
函	4月25日	5	13	火	13:00	埼玉西武

## 【旭川スタルヒン球場】

観戦番号	申込期限	月	日	曜日	開始時刻	対戦相手
旭1	6月27日	7	15	火	18:00	埼玉西武
		7	16	水	18:00	埼玉西武

観戦番号	申込期限	月	日	曜日	開始時刻	対戦相手
F	5月23日	6	11	水	18:00	巨人
		6	12	木	18:00	巨人
		6	14	土	18:00	東京ヤクルト
		6	15	日	14:00	東京ヤクルト

観戦番号	申込期限	月	日	曜日	開始時刻	対戦相手
旭2	8月1日	8	19	火	18:00	東北楽天
		8	20	水	18:00	東北楽天

観戦番号	申込期限	月	日	曜日	開始時刻	対戦相手
G	6月13日	6	27	金	18:00	東北楽天
		6	28	土	14:00	東北楽天
		6	29	日	13:00	東北楽天

## 【帯広の森野球場】

観戦番号	申込期限	月	日	曜日	開始時刻	対戦相手
帯	7月18日	8	5	火	13:00	オリックス
		8	6	水	13:00	オリックス



FAX送信先 011-241-6414  
 北海道医師国民健康保険組合 行

いずれかに○印を  
 お付け下さい。

<b>特定健診の受診予定</b>
あり ・ なし

## 2014年 北海道日本ハムファイターズ リフレッシュ野球観戦申込票

年間利用回数	組員氏名	被保険者証 または 組員証の番号	記号	番号
回目			道医	—
観戦番号	観戦希望日		対戦相手チーム名	申込席数
	第一希望	月 日 曜日		【最大6席】 席
	第二希望	月 日 曜日		
	第三希望	月 日 曜日		
観戦(予定)者氏名				
(医師国保の組員 または被保険者に 限ります。 該当する種別を ○で囲み願います。)	組員 ・ 家族 ・ 准組員	組員 ・ 家族 ・ 准組員	組員 ・ 家族 ・ 准組員	組員 ・ 家族 ・ 准組員
	組員 ・ 家族 ・ 准組員	組員 ・ 家族 ・ 准組員	組員 ・ 家族 ・ 准組員	組員 ・ 家族 ・ 准組員
当選時の チケット送付先	(〒 — )			
(住所・あて先)	TEL	( )		
FAX連絡先	FAX	( ) (空席がある場合の案内等に使用)		

### 【申し込み時のご注意事項】

- 観戦(予定)者は、医師国保組合の組員および被保険者(家族・准組員)とします。
- 観戦を希望される場合は、「リフレッシュ野球観戦日程表」より、観戦番号(A~L、旭1、旭2、函、帯)、観戦希望日、対戦相手チーム名、申込席数、観戦(予定)者氏名等必要事項を記入(40歳~74歳の組員は、右上の**特定健診の受診予定の有無についても○印をつけてください**)し、**申込期限までにFAXにてお申し込み下さい。**
- 1つの観戦番号に対してのお申し込みは1回限りとし、1回のお申し込みで**第三希望の試合まで**記入をすることができます。
- 観戦番号毎(A~L、旭1、旭2、函、帯)に、抽選にて観戦者を決定し、当選者には申込期限から1週間以内に観戦チケットを送付いたします。**(誠に恐れ入りますが、落選者への連絡は、省略させていただきます。)
- 年間利用回数は、原則として**組員一人につき年間2回を上限**とし、抽選時には今年度に初めて観戦される組員(年間利用回数1回目の組員)で、**今年度に特定健診の受診を予定している方を優先**いたします。
- 申込期限が過ぎた後は、観戦者が10名に達していない場合に限り、先着順にお申し込みを受け付けますので、**医師国保組合に電話(TEL 011-271-7471)で空席状況を確認して予約を行い、予約内容を第一希望欄に記入をして当日中にFAXして下さい。また試合の2週間前の時点でまだ残席がある場合は、既に年間2回の上限まで利用をされている組員(年間利用回数3回目以上)からの観戦申し込みも受け付けします。
- 札幌ドームの契約座席は、『**1塁側 S指定席 39通路 26列81番~86番 27列81番~84番**』の10席です。