



9月中旬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。**

本組合は、本年10月1日に被保険者証の更新を行うため新しい被保険者証は、9月19日に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。

なお、有効期限が切れた被保険者証は、10月末日までに組合員の方が所属されている郡市医師会および医育機関医師会へご返還ください。

《新しい被保険者証について》

項目	新被保険者証	備考
交付年月日	平成25年10月1日	—
有効期限	平成27年9月30日	各被保険者により異なる場合がある
証の色	パープル系	—
被保険者証番号	<u>桁数をそろえるため、番号の前に「0」がつく</u>	① 組合員 2桁－5桁に表記変更 例：9－123 → 09－00123 ② 准組合員 2桁－5桁－2桁に表記変更 例：9－123－5 → 09－00123－05 *すでに表記が2桁－5桁(組合員)の場合、変更なし
様式	<u>印影の上に「本人」または「家族」を表示</u>	旧被保険者証には表示なし
被保険者証の使用	<u>平成25年10月1日～</u>	<u>有効期限：平成25年9月30日→使用不可</u>

* 【高齢受給者証】【特定疾病療養受療証】が組合から交付されている方
証番号変更の該当者の方は新被保険者証の郵送時に上記のものを同封

《被保険者証の返還について》

* 有効期限：平成25年9月30日の被保険者証 → 同封の封筒により所属の郡市医師会または医育機関医師会事務局へ返還

* 返還する被保険者証を紛失された場合 → 「被保険者証紛失届」を提出

《被保険者に異動があった場合》

当組合に加入しているご家族の方（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日以内に所属の郡市医師会または医育機関医師会事務局に届け出て下さい。

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。

※ 届け出用紙は、所属の郡市医師会、医育機関医師会事務局または組合ホームページから入手できます。

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

※ 届け出用紙の提出先は、所属の郡市医師会または医育機関医師会事務局です。

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

新様式の被保険者証

組合員(医師)の被保険者証

(色 パープル系)

准組合員(従業員)の被保険者証

(色 パープル系)

国民健康保険被保険者証		有効期限	平成 27年 9月 30日
記号	道医	番号	〇〇-〇〇〇〇〇
氏名	組合員名	住所	
生年月日	性別	資格取得年月日	平成25年10月1日
交付年月日			
保険者番号	013037	印影	
保険者名	北海道医師国民健康保険組合		
保険者住所	札幌市中央区大通西6丁目北海道医師会館6F Tel011-271-7471		

国民健康保険被保険者証		有効期限	平成 27年 9月 30日
記号	道医	番号	〇〇-〇〇〇〇〇-〇〇
氏名	准組合員名	住所	
生年月日	性別	資格取得年月日	平成25年10月1日
交付年月日			
保険者番号	013037	印影	
保険者名	北海道医師国民健康保険組合		
保険者住所	札幌市中央区大通西6丁目北海道医師会館6F Tel011-271-7471		

組合員(医師)の家族の被保険者証

(色 パープル系)

准組合員(従業員)の家族の被保険者証

(色 パープル系)

国民健康保険被保険者証		有効期限	平成 27年 9月 30日
記号	道医	番号	〇〇-〇〇〇〇〇
氏名	組合員名	住所	
生年月日	性別	資格取得年月日	平成25年10月1日
交付年月日			
保険者番号	013037	印影	
保険者名	北海道医師国民健康保険組合		
保険者住所	札幌市中央区大通西6丁目北海道医師会館6F Tel011-271-7471		

国民健康保険被保険者証		有効期限	平成 27年 9月 30日
記号	道医	番号	〇〇-〇〇〇〇〇-〇〇
氏名	准組合員名	住所	
生年月日	性別	資格取得年月日	平成25年10月1日
交付年月日			
保険者番号	013037	印影	
保険者名	北海道医師国民健康保険組合		
保険者住所	札幌市中央区大通西6丁目北海道医師会館6F Tel011-271-7471		

現行様式の被保険者証(参考)

(現在の被保険者証) 組合員(医師)とその家族 (色 グリーン系)

(現在の被保険者証) 准組合員(従業員)とその家族(色 グリーン系)

国民健康保険被保険者証		有効期限	平成 25年 9月 30日
記号	道医	番号	〇-〇〇〇
氏名	組合員名	住所	
生年月日	性別	資格取得年月日	平成23年9月1日
交付年月日			
保険者番号	013037	印影	
保険者名	北海道医師国民健康保険組合		
保険者住所	札幌市中央区大通西6丁目北海道医師会館6F Tel011-271-7471		

国民健康保険被保険者証		有効期限	平成 25年 9月 30日
記号	道医	番号	〇-〇〇〇-〇
氏名	准組合員名	住所	
生年月日	性別	資格取得年月日	平成23年9月1日
交付年月日			
保険者番号	013037	印影	
保険者名	北海道医師国民健康保険組合		
保険者住所	札幌市中央区大通西6丁目北海道医師会館6F Tel011-271-7471		

道医師国保組合公告

平成 25年 10月 1日
道医国保公示第391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会議員に異動があったので、次のとおり公示する。

◎退任された議員 大北健雄 (渡島：平成25年6月30日退任)

◎就任された議員 小笠原実 (渡島：平成25年7月1日就任)

(任期：上記の組合会議員は、就任された年月日から前任者の残任期間である平成27年1月31日までとする)

インフルエンザワクチン接種および 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、助成利用制度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、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
〒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

インフルエンザワクチン接種の事前申し込みは不要、接種後に助成金を申請することとなります。

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・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26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

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」のほか平成20年度より40歳から74歳までの方を対象とした『特定健康診査』が加わりました。

『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。

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・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 7,460円 ②詳細健康診査(任意項目) 貧血検査 900円 心電図検査 1,600円 眼底検査 1,200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) 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だけの受診の場合 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26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 (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。