



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

道医師国保組合加入の方が対象

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18日付で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 (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、 <u>年度末(平成25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 (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25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 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。

道医師国保組合お知らせ

平成24年度からの新たな保健事業として 「少子化対策（育児支援）事業」子育て情報誌 『赤ちゃんとママ』を配布いたします。

医師国保組合の被保険者の方々の子育て支援、母子の健康管理（疾病予防）や、仕事と家庭の両立等、急速な少子化の進行に対応するため、出産された本組合の被保険者の方に、子育て情報誌『赤ちゃんとママ』を下記の要領にて無料配付をいたします。

記

(1) 実施期間

平成24年9月1日から平成25年3月31日

(2) 対象者

実施期間内に本組合より出産育児一時金が支給された被保険者

なお、平成24年度の新規保健事業となりますため、平成24年4月1日から平成24年8月31日の間に、出産育児一時金が支給された被保険者の方々も実施対象者といたします。

(3) 配付冊子

- | | | | |
|----------------|-------|----|-----|
| ① お誕生号 | | 年間 | 1冊 |
| ② お医者さんにかかるまでに | | 年間 | 1冊 |
| ③ 月刊『赤ちゃんとママ』 | | 年間 | 12冊 |
| ④ 保存用ファイル | | 年間 | 1冊 |

(4) 購入・配付委託先

株式会社 赤ちゃんとママ社

東京都新宿区本塩町23番地

TEL 03-5367-6591 FAX 03-5367-6598

(5) 実施方法

本組合から出産育児一時金が支給された被保険者の方に対して、配付希望の有無を確認後、1年間の配付となります。