



平成23年度 保険料納額告知書を発送

— 定額分の医療分保険料賦課額は前年度同額 —
 後期高齢者支援金等負担額 1人月額2,700円
 — 介護保険納付金負担額 1人月額3,110円 —

本年4月1日付けで「平成23年度保険料納額告知書」を組合員各位に発送しております。

すでにお手元に届いていることと思いますが、この納額告知書は今後1年間の暫定保険料支払額の目安となるもので、10月に「保険料所得割賦課額決定通知書」を発送します。

一般被保険者にかかわる保険料は、平成20年度から新たに加わった「後期高齢者支援金等賦課額」と従来からの「介護納付金賦課額」を除き定額分の保険料賦課の総額は、前年度と変わりありません。

なお、平成23年度の被保険者の「後期高齢者支援金等賦課額」の保険料は、1人月額2,700円となっています。

40歳以上65歳未満の被保険者（介護保険法による「第2号被保険者」）の「介護納付金賦課額」の保険料は、1人月額3,110円となっています。

* 定額分の保険料賦課額

◎第1種・第2種組合員<75歳未満の組合員>

平等割賦課額(平成22年度18,600円⇒23年度16,800円)＋後期高齢者支援金等賦課額(平成22年度30,600円⇒23年度32,400円)＝平成23年度年額49,200円(前年度同額)

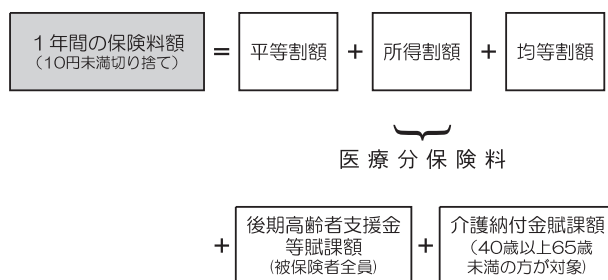
◎第3種組合員<後期高齢者：75歳以上の組合員>

平等割賦課額＝平成22年度年額18,600円(月額1,550円)⇒平成23年度年額16,800円(月額1,400円)

◎家族・准組合員(従業員)<75歳未満の被保険者>

均等割賦課額(平成22年度29,400円⇒23年度27,600円)＋後期高齢者支援金等賦課額(平成22年度30,600円⇒23年度32,400円)＝平成23年度年額60,000円(前年度同額)

※ 保険料賦課額の計算方法



- 1) 上記の保険料賦課額区分の該当する合算額が、1年間の保険料額となります。
- 2) 年度の途中で加入したときは、加入した月から月割で計算します。

1年間の保険料は組合員(世帯)ごとの平等割賦課額、組合員の所得に応じた所得割賦課額、家族・准組合員(従業員)数に応じた均等割賦課額の3つの医療分保険料に、後期高齢者支援金等賦課額と介護納付金賦課額の保険料分を加えて算出します。

なお、当組合の保険料賦課額の詳細については、別表の「平成23年度保険料賦課額算出等の概要」をご参照ください。

※ 保険料所得割賦課額は暫定賦課

保険料の所得割賦課額は前年中総所得金額を基礎に算定します。しかし、組合では4月1日の時点ではこの前年中の「総所得金額」は把握できません。

そこで、前年中の「総所得金額」が分かるまでの期間(4月～9月)は、平成21年中の「総所得金額」を基礎にして仮賦課をしております。このことを暫定賦課といっております。

10月には平成22年中の「総所得金額」を基礎に算定し、所得割賦課額の確定賦課を行い既納保険料と精算します。

この、10月の所得割賦課額の確定賦課に該当されます組合員については、「保険料所得割賦課額決定通知書」を発行し、お知らせします。

道医師国保組合お知らせ

事務局の人事異動について

このたび、当組合事務局に次のとおり人事異動がありました。平成23年4月1日付でそれぞれ発令されております。

新事務長 本田 明 (前事務次長)
 新事務次長 中澤 和 則 (前総務課長)

前事務長 小林 靖 夫
 (平成23年3月31日付 定年退職)

(別表)

平成23年度保険料賦課額算出等の概要

北海道医師国民健康保険組合

(金額単位；円)

保険料の賦課額区分	第1種・第2種組合員 〔第2種=医育機関医師会会員〕 ＜75歳未満の組合員＞	第3種組合員 〔後期高齢者〕 ＜75歳以上の組合員＞	組合員以外 〔家族・准組合員(従業員)〕 ＜75歳未満の被保険者＞
(1) 平等割賦課額 〔第1種・2種・3種組合員: 1人につき〕	(年額) 16,800 (月額) 1,400 * 49,200円 - (4) 後期高齢者支援金等賦課額32,400円 = (年額) 16,800円	(年額) 16,800 (月額) 1,400	—
(2) 所得割賦課額 〔第1種・2種組合員: 1人につき〕	前年中の総所得金額× (料率) 14/1,000 * 第2種組合員加算額 (年額) 60,000 * 所得割賦課限度額 (年額) 520,000	—	—
(3) 均等割賦課額 〔家族・准組合員(従業員): 1人につき〕	—	—	(年額) 27,600 (月額) 2,300 * 60,000円 - (4) 後期高齢者 支援金等賦課額32,400円 = (年額) 27,600円
(4) 後期高齢者支援金等賦課額 〔被保険者全員: 1人につき〕 (高齢者医療制度の支援 金等負担額関係)	(年額) 32,400 (月額) 2,700 * 後期高齢者支援金等の合計 額(毎年度の官報公示額)に 100分の69を乗じて得た額	—	(年額) 32,400 (月額) 2,700 * 後期高齢者支援金等の合計 額(毎年度の官報公示額)に 100分の69を乗じて得た額
(5) 介護納付金賦課額 〔40歳以上65歳未満の被 保険者: 1人につき〕	(年額) 37,320 (月額) 3,110 * 介護納付金の額(毎年度の 官報公示額)に100分の69 を乗じて得た額	—	(年額) 37,320 (月額) 3,110 * 介護納付金の額(毎年度の 官報公示額)に100分の69 を乗じて得た額

(備考)

1. 第3種組合員(75歳以上の後期高齢者)の保険料は、平等割賦課額のみとし、所得割賦課額および後期高齢者支援金等賦課額については、第3種組合員に該当することとなった日の属する月から賦課しないこととなります。

2. 後期高齢者支援金等賦課額

【規約第25条第1項(4)……抜粋】

(4) 後期高齢者支援金等賦課額
高齢者医療確保法第120条に規定する概算後期高齢者支援金及び同法附則第8条に規定する病床転換支援金の合計額に100分の69を乗じて得た額

※平成23年度後期高齢者支援金(年額)が46,968円、病床転換支援金(年額)2円70銭〔平成23年3月30日付：官報・厚生労働省告示第84号の公示額〕と確定したため、後期高齢者支援金等賦課額は(月額)2,700円となります。

* (後期高齢者支援金46,968円 + 病床転換支援金2円70銭 = 46,970円70銭) × 0.69 = (年32,400円) ÷ 12ヵ月 = 2,700円(10円未満の端数は、切り捨て：保険料年額32,400円)

3. 介護納付金賦課額

【規約第25条第1項(5)……抜粋】

(5) 介護納付金賦課額
被保険者が介護保険法(平成9年法律第123号)第9条第2号に規定する第2号被保険者(以下「介護納付金賦課被保険者」という)であるときは、同法の規定に基づいて算定された介護納付金の額に100分の69を乗じて得た額

※平成23年度介護納付金(年額)が54,191円〔平成23年2月17日付：官報・厚生労働省告示第32号の公示額〕と確定したため、介護納付金賦課額は(月額)3,110円となります。

* (介護納付金54,191円) × 0.69 = (年37,390円) ÷ 12ヵ月 = 3,110円(10円未満の端数は、切り捨て：保険料年額37,320円)

人間ドック等健康診査利用のご案内

健康診査で年に一度は健康チェックを！

特定健康診査を受診しましょう

＜利用の事前申し込み不要、健診後に助成金を請求＞

助成金の請求は毎年度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健康診査について、「入院人間ドック」「簡易人間ドック」に平成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。

対象の方がこの「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。

1. 目的

組合では、被保険者の健康の保持増進のために「保健事業」の一環として「健康診査」を実施し、利用者に助成金を交付します。また、高齢者医療確保法に基づいた特定健康診査・特定保健指導の実施を図ります。

2. 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

3. 利用者の範囲

本組合に加入の組合員および被保険者（④社会保険、市町村国保などに加入の方は対象となりません）
ただし、「特定健康診査」については、40歳以上の被保険者の方が対象となります。

4. 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)の医療機関には自己の開設または勤務する医療機関での受検を含むものとします。

5. 助成の回数

健康診査に対する助成は、同一被保険者に対し、同一年度内に原則1回とします。

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、この限りではありません。

6. 助成金の額

組合では、入院人間ドックまたは簡易人間ドックに要した費用を助成します。

ただし、次の額を超えることができません。

- | | | |
|-------------|--------------|--------|
| (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 | 基本健康診査は、 | 7,460円 |

1) 厚生労働省から示された次の基本健康診査項目（必須項目）

- ① 質問票（服薬、既往歴、喫煙歴、飲酒、自覚症状、他覚症状）

- ②身体計測（身長、体重、腹囲、血圧）
- ③血中脂質（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール）
- ④肝機能（AST (GOT)、ALT (GPT)、 γ -GT (γ -GTP))
- ⑤血糖（空腹時血糖、またはヘモグロビンA1c)
- ⑥尿（尿中一般物質定性半定量検査）

2) 詳細健康診査(任意項目)は、貧血検査900円、心電図検査1,600円、眼底検査1,200円を上限額とします。

* 特定健康診査の費用は、(1)(2)に定める限度額に含めるものとします。

7. 助成金の請求

* 健康診査利用者は、下記により組合に請求（郵送）してください。

- (1) 健康診査利用の被保険者にかかわる組合員が、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)

添付書類：検査項目の明細が分かる書類および領収書に加えて、特定健康診査用入力票と質問票（自己の開設または勤務する医療機関で実施した場合は、領収書にかえて金額が分かる書類を添付してください）

特定健康診査だけの受診の場合は、特定健康診査用入力票と質問票、振込口座届出書

- (2) 支部が一括して健康診査を実施し助成金を請求するとき

「健康診査助成金交付請求書（支部）」(様式第2号)

添付書類：検査項目の明細および金額が分かる書類、特定健康診査用入力票と質問票

- (3) 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)

添付書類：検査項目の明細および金額が分かる書類、特定健康診査用入力票と質問票

* 後日、お送りいたします『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（本誌の「様式」頁のコピーも使用可能です）。

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

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

道医師国保組合公告

平成23年5月1日

道医国保公示第370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

遠藤 努（北海道大学：平成23年3月31日 退任）

◎就任された議員

野呂紀子（北海道大学：平成23年4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25年1月31日までとする）

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(従業員)	
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(従) 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(従) 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。 Ⓜ			
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	<p style="text-align: right;">_____ 円</p> ※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	住 所 _____ 組合員 _____ 氏 名 _____ Ⓜ				
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・その他	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
--------	-------	---

健康診査助成金交付請求書(支部)								
支 部 名		支 部						
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(従) 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(従) 30,000円)						
健康診査を実施した 医 療 機 関		所 在 地 名 称						
担 当 した 医 師		氏 名						
請 求 金 額		_____ 円 (健 診 料 金 _____ 円)						
検 査 項 目		* 別紙明細のとおり(個人別に、実施した健康診査の種類・検査項目の金額等がわかる書類を作成し添付願います)						
受 検 者 の 氏 名 等								
被 保 険 者 証 ・ 組 合 員 証 番 号	被 保 険 者 又 は 組 合 員 の 氏 名	被 保 険 者 ・ 組 合 員 種 別	摘 要	被 保 険 者 証 ・ 組 合 員 証 番 号	被 保 険 者 又 は 組 合 員 の 氏 名	被 保 険 者 ・ 組 合 員 種 別	摘 要	
		組・家・准組				組・家・准組		
		組・家・准組				組・家・准組		
		組・家・准組				組・家・准組		
		組・家・准組				組・家・准組		
		組・家・准組				組・家・准組		
		組・家・准組				組・家・准組		
		組・家・准組				組・家・准組		
		組・家・准組				組・家・准組		
		組・家・准組				組・家・准組		
		組・家・准組				組・家・准組		
		組・家・准組				組・家・准組		
		組・家・准組				組・家・准組		
		組・家・准組				組・家・准組		
		組・家・准組				組・家・准組		
* 記入欄が不足の時は、2枚目の用紙を使用願います。								
上記のとおり健康診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 _____ 支部 _____ 支 部 長 (印) 北海道医師国民健康保険組合理事長 様								
送 金 先	<input type="checkbox"/> 座種別 (フリガナ) <input type="checkbox"/> 座名義	銀行・信用金庫 普通・当座・その他	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
---------	-------	---------

組合員の同意による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(従業員)	
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(従) 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(従) 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。				
* 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。					
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 (印)				
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 (印)					
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・その他	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)までお願いいたします。

*組合使用欄	交付決定額	円
--------	-------	---

