



「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＞

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。

対象の方にはこの「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。今回、この利用制度ならびに利用方法などの概要についてお知らせいたします。

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（②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)

添付書類：検査項目の明細がわかる書類および領収書に加えて、特定健康診査結果表と質問票（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わ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、特定健康診査結果表と質問票、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わかる書類、特定健康診査結果表と質問票

- (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わかる書類、特定健康診査結果表と質問票

* 既にお送りいたしました『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、各支部にも備え付けていますのでご利用願います。

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

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は、各種申請(届け出)等の手続きをはじめ、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。是非ご活用をお願いいたします。

また、各種申請（届け出）用紙もホームページから入手できます。

* 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 — 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	_____ 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	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	口座種別 (フリガナ) 口座名義	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
--------	-------	---

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(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	
*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 _____ ㊟							
北海道医師国民健康保険組合理事長 様							
送 金 先	口座種別 (フリガナ) 口座名義	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 — 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(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 ㊟				
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 氏名 ㊟ 北海道医師国民健康保険組合理事長 様					
送金先	口座種別 (フリガナ) 口座名義	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
--------	-------	---

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 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。

出産育児一時金の支給額と支払方法の変更について

北海道医師国民健康保険組合

1. 変更の対象となる方

平成21年10月1日から平成23年3月31日までに出産される方

2. 出産育児一時金の支給額

38万円から4万円引き上げ42万円となります。

3. 出産育児一時金の支払方法

かかった出産費用に出産育児一時金を充てることができるよう、病院などが出産される方と代理契約を交わし、当組合から病院などに出産育児一時金が直接支払われる仕組み（直接支払制度）に変わります。

なお、出産費用が42万円を超える場合は、その差額分は退院時に病院などにお支払いください。

また、出産費用が42万円未満の場合は、その差額分を当組合へ請求することができます。

※ 出産育児一時金が当組合から病院などに直接支払われることを望まれない場合は、出産後に当組合から受け取る従来の方法（出産育児一時金支給申請書）をご利用いただくことも可能です。

平成22年3月31日までの間の、直接支払制度に対応していない一部の病院などでの出産については、従来の方法をご利用ください。

ただし、出産費用を退院時に病院などにいったんご自身でお支払いいただくこととなります。

○出産育児一時金支給申請書に添付する必要書類

医療機関等から交付される代理契約に関する文書の写しと出産費用の領収・明細書

（直接支払制度を利用して差額を請求する場合には、出産育児一時金支給申請書に担当医師また助産師の証明は必要ありません。）

被保険者の異動は必ず14日以内に届け出を

下に記載の異動については、事実のあった日から14日以内に届け出をしてください。

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、お早めに届け出をお願いいたします。

◎資格取得（加入）：[住民票（写し可）を添付]＝出生、転入、社会保険離脱、准組合員（従業員）の雇用

◎資格喪失：[被保険者証を添付]＝死亡、転出、社会保険加入、准組合員（従業員）の退職

※届け出用紙は、各支部（所属の郡市医師会または医育機関医師会事務局）および組合ホームページからも入手できます。

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、各支部（所属の郡市医師会および医育機関医師会事務局）です。

〒060-0042 札幌市中央区大通西6丁目

北海道医師国民健康保険組合

TEL 011-271-7471 FAX 011-241-6414