



道医師国保公告

平成21年3月1日 道医国保公示第340号

北海道医師国民健康保険組合

理事長 飯塚弘志

北海道医師国民健康保険組合同約第35条により選挙された平成21年2月1日～平成23年1月31日までを任期とする組合会議員を次のとおり公示する。

第26期 組合会議員名簿

【任期 平成21年2月1日～平成23年1月31日】

(定数64名、欠員なし)

地区名	氏名
札幌市	五十嵐 有光
"	山崎 生久男
"	辻 哲
"	瀬田石 智敏
"	青木 伸
"	堀江 洋三
"	堀元 進
"	小野 英夫
"	音無 克彦
"	小池 忠康
"	上戸 敏男
"	山光 進
"	今 真人
江別	奥野 一嘉
石狩	上西 仁
千歳	小西 藤平
恵庭市	宮脇 寛海
北広島	久保 富男
函館市	今 哲二
"	伊藤 丈雄
"	佐藤 信清
渡島	大北 健雄
桧山	半澤 慎太郎
北部桧山	岩間 弟
小樽市	外園 光一
"	大庭 久貴
寿都	祁答院 尚嗣
羊蹄	崎山 幸雄
岩内古宇郡	千葉 理
余市	佐野 道朗
室蘭市	西里 弘二
胆振西部	森谷 典久

地区名	氏名
苫小牧市	和田 啓二
日高	清水 正秀
岩見沢市	鎌田 理
空知南部	中西 成美
夕張市	築詰 彰彦
三笠市	斎藤 英子
美唄市	本山 涉
空知	村山 節男
滝川市	文屋 学
赤平市	赤川 清介
芦別市	藤嶋 彰
旭川市	山下 裕久
"	五十嵐 良
"	井原 真都
深川	高橋 公平
富良野	内海 真
上川郡中央	椎名 弘忠
上川北部	鍋島 秀
留萌	川上 康博
宗谷	高橋 昭彦
北見	小野寺 栄司
紋別	門馬 靖宏
遠軽	水島 諭
美幌	工藤 康生
網走	大平 啓二
帯広市	吉田 征夫
十勝	柏木 道彦
釧路市	杉元 紘一
根室市外三郡	江村 裕司
札幌医科大学	小林 皇
北海道大学	大村 悦敬
旭川医科大学	金井 麻子

インフルエンザワクチン接種に対する助成を実施 道医師国保組合加入の方が対象 ＜接種の事前申し込み不要、接種後に助成金を請求＞ 助成金の請求は3月末日迄です

本組合では、保健事業の一環として人間ドック等健康診査の利用助成金制度を実施しておりますが、平成16年度から新たに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。このインフルエンザワクチン接種に対する助成利用制度の概要についてお知らせいたします。

1. 目的

インフルエンザワクチン予防接種(以下、「予防接種」)の普及をはかるため、「保健事業」の一環として予防接種に対する助成金を交付いたします。

2. 利用対象者の範囲

対象者は、本組合に加入の組合員および被保険者です。

(注) 社会保険・市町村国保等に加入の方は、対象になりません。

3. 助成額

予防接種を受けた被保険者一人、同一年度内1,000円を限度額とし助成いたします。

4. 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、接種後に『インフルエンザワクチン接種助成金交付請求書』により、直接本組合に請求(郵送)してください。

5. 助成金の請求期間

予防接種後の助成金の請求期間は、年度末(3月31日)までとなっておりますのでご注意ください。

6. 助成金の支払い方法

『インフルエンザワクチン接種助成金交付請求書』に基づき、組合員(申請者)の銀行口座へ一括お振り込みいたします。

7. 助成金交付請求書の用紙

『インフルエンザワクチン接種助成金交付請求書』がない場合は、直接本組合へ申し込みください。

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(本誌の「様式」頁のコピーも使用可能です)、各支部にも用紙は備え付けていますのでご利用願います。

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

* 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：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 <small>(該当する箇所を○で囲んで下さい)</small>	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	
(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。