



道医師国保公告

平成20年2月1日 道医国保公示第332号

北海道医師国民健康保険組合

理事長 飯塚弘志

通常組合会の開催について

1月24日に第509回理事会を開催し、別記要領による第100回通常組合会の招集を決定したので公示する。

この組合会は、平成19年度補正予算(第2次)、組合規約ならびに規約取扱規則の一部改正、平成20年度組合事業方針および予算の承認など重要な案件を審議する。

第100回通常組合会開催要領

1. 開催日時 平成20年2月23日(土曜日)
午後3時30分開会
2. 開催場所 北海道医師会館 8階会議室
(札幌市中央区大通西6丁目)
TEL 011-231-1432
3. 組合会次第
 - (1) 資格確認
 - (2) 開会
 - (3) 理事長挨拶
 - (4) 表彰(永年在任組合支部長、組合会議員、
理事、監事:6名)
 - (5) 議事録署名議員の決定
 - (6) 報告
ア. 業務報告

- イ. 特定健康診査・特定保健指導について
- ウ. 監査報告
- (7) 議案審議
 - 第1号 理事会専決事項につき承認を求めることについて
 1. 北海道医師国民健康保険組合職員給与規程の一部改正について
 - 第2号 平成19年度北海道医師国民健康保険組合歳入歳出予算の補正について
 - 第3号 後期高齢者医療の被保険者となる組合員の取扱いについて
 - 第4号 北海道医師国民健康保険組合規約の一部改正について
 - 第5号 北海道医師国民健康保険組合規約取扱規則の一部改正について
 - 第6号 平成20年度北海道医師国民健康保険組合事業方針について
 - 第7号 平成20年度北海道医師国民健康保険組合歳入歳出予算について
- (8) 閉会

保険料領収証明書を発行しました

平成19年分所得確定申告時期は、平成20年2月18日(月)から3月17日(月)迄です。

この際、各種の所得控除のなかで本組合の保険料(介護保険料も含む)は「社会保険料等控除」として、本組合に納付した金額が控除の対象になります。

組合では平成19年1月から12月までの1年間に納付された保険料の『領収証明書』を平成20年1月11

日付けで送付しています。

ここでの領収証明金額はそのまま所得控除額に算入できます。

なお、この『領収証明書』は再発行することができませんので大切に保存してください。

紛失された場合は直接組合に電話(011-271-7471)で証明金額をご照会ください。

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！

<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」または「簡易人間ドック」と同時に行った「特定個別検査」を助成の対象とするため、健康診査実施規程の一部を平成19年4月1日から改正し助成金の限度額を増額しました。今回、この「健康診査」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。

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. 利用者の範囲

本組合に加入の被保険者（㊦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）

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) 簡易人間ドックの健康診査は、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

入院人間ドックまたは簡易人間ドックの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、実施医療機関が異なり、検査項目が異なる場合は、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 |

7. 助成金の請求

*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（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）
- (2) 支部において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

- (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

*『健康診査助成金交付請求書』の用紙は、直接本組合へ申し込み下さい。

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、各支部にも備え付けていますのでご利用願います。

◎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

お知らせ

被保険者の異動は必ず14日以内に届け出を

次のような被保険者の異動のときは、国民健康保険法および組合同規約によって事実のあった日から14日以内に届け出ることが定められております。

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。

記

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

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

※届け出用紙の備付＝各支部（所属の郡市医師会および医育機関医師会事務局）または本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＝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。

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 FAX 011-241-6414

道医師国保組合お知らせ

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、本組合加入の被保険者です。

(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」頁をコピー使用可)、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。

*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

健康診査助成金交付請求書					
被保険者証の番号	道医 ー 号				
受検した被保険者氏名	生年 月日	年 月 日 (年齢 歳)	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 (7)が+) 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・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・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 番 号	被保険者氏名	組 合 員 との続柄	摘 要	被保険者証 番 号	被保険者氏名	組 合 員 との続柄	摘 要
		組・家・従				組・家・従	
		組・家・従				組・家・従	
		組・家・従				組・家・従	
		組・家・従				組・家・従	
		組・家・従				組・家・従	
		組・家・従				組・家・従	
		組・家・従				組・家・従	
		組・家・従				組・家・従	
		組・家・従				組・家・従	
		組・家・従				組・家・従	
*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					
被保険者証の番号	道医 ー 号				
受検した被保険者氏名	生年 月日	年 月 日 (年齢 歳)	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・准組(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・准組(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				
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 (7桁*) 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

組合員の被保険者証番号		道 医 一 号	
接種を受けられた方 氏 名 (年 齢)	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・従業員	平成 年 月 日	
(歳)	組合員・家族・従業員	平成 年 月 日	
(歳)	組合員・家族・従業員	平成 年 月 日	
(歳)	組合員・家族・従業員	平成 年 月 日	
(歳)	組合員・家族・従業員	平成 年 月 日	
(歳)	組合員・家族・従業員	平成 年 月 日	
(歳)	組合員・家族・従業員	平成 年 月 日	
(歳)	組合員・家族・従業員	平成 年 月 日	
(歳)	組合員・家族・従業員	平成 年 月 日	
(歳)	組合員・家族・従業員	平成 年 月 日	
(歳)	組合員・家族・従業員	平成 年 月 日	
申 請 金 額 合 計	一 金 円		
<p>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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住 所 _____</p> <p>組 合 員 _____</p> <p>氏 名 _____ (印)</p> <p>北海道医師国民健康保険組合理事長 様</p> <p>(組合員の口座)</p>			
送 金 先	銀 行 店		
	フリガナ	預金種別	普通・当座・貯蓄
	口座名義	口座番号	
<p>〔備考〕※ 対象者は、北海道医師国保組合に加入の被保険者です。 (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)までお願いいたします。</p>			