

-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 (選社会保険、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・従業員 3万円

(2)簡易人間ドック 組合員 5万円

家族・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下さい)

(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

道医師国保公告

平成19年8月1日 道医国保公示第329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

高 階 日出男(羊 蹄:平成19年3月31日 退任)中 西 均(寿 都:平成19年5月21日 退任)菅 原 剛太郎(滝川市:平成19年7月 6日 退任)

◎就任された議員

 奥 田 康
 二 (羊 蹄: 平成19年4月 1日 就任)

 祁答院
 尚 嗣 (寿 都: 平成19年5月22日 就任)

 文 屋
 学 (滝川市: 平成19年7月 9日 就任)

健康診査助成金交付請求書						
被保険者証の番号	道医	_	号			
受検した被保険者氏名			年日	年 月 日 険 (年齢 歳)	保 組合員 者 家 族 別 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 (該当の番号に〇印を記入)	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 医療機関及びその印	所 在 地名 称	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	*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		スは勤務		医療機関で実施したり かる書類を添付願いま	場合は、領収書	
平成年組合員	月 住 所 氏 名				 (f)	
北海道医師国民健康保険組合理事長 様						
送 金 先 ロ座種別 (フリガナ) 口座名義				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)までにお願いいたします。

円

份	建康診	査 助 成	龙金 交	を付請	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
	類及び限度額 に〇印を記入)				限度額(組合員 80 限度額(組合員 50		
健康診査 医療	を実施した 機 関	所 在 地 名 称					
担当し	た医師	氏 名					
主 +	A 妬						<u>円</u>
請求	金額		(健	診料金			円)
検査	項 目				実施した健康		 · 検査項目
- K E	·я ц ————			 関を作成し カ 氏 名 等	添付願います)。	
か/ロ7公式会で			快有。			如人旦	
被保険者証 号	被保険者氏名	組 合 員との続柄	摘要	被保険者証 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枚目の用約	氏を使用願	います。			
上記のと	おり健康診査	を実施したこ	ことを証明	し、助成金の	の交付を請求し	ノます。	
<u> </u>	成 年	月	日		支部		
				支 部 長			(FI)
北海道	医師国民健	康保険組合)理事長	様			
		銀行·	信用金庫	支	店		
送金先	口座種別 (フリガナ)	普通・	当座・その)他 口	座番号		
	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)までにお願いいたします。

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	道图	<u>医</u> —			号			
受検した被保険者氏名				1日	年(年齢	月 日 歳)	被保 険者 種別	組合員 家 族 従業員
受検した年月日	平月	成 年	月	日	~ 平成	年	月	日
受検した種類及び限度額 (該当の番号に〇印を記入)		ドック(1泊2E ドック(1日ス		を含む)	限度額(組合限度額(組合			
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	*別紙明約	細のとおり	(検査	項目等	 手がわかる	書類を済	系付願い	ます)。
請求金額							<u>円</u> <u>円</u>) 【書にか <i>)</i>	えて各検査
*助成金交付について、化 下記の欄に受検された								る場合は、
上記の者のB 組合員の 助成金を支打 同意書 平成	払われるこ		/ます。 	住	の健康診査 所 名	 全実施医	療機関に	ご組合より⑩
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 氏 名 ①								
北海道医師国民健康保険組合理事長 様								
送 金 先 (フリカ・ナ) 口座名義		・信用金原・当座・そ	-		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)までにお願いいたします。

円

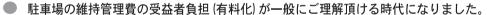


病院駐車場設備ご案内

MITSUBISHI PARKING

通·院·快·適!





- 駐車券と診察券と共用のデータのオーダーリングシステムが、構築できます。
- 手間と設備資金不要な委託管理システムもご利用いただけます。
- 駐車違反取締りの監視員制度が全道都市に拡大実施されてきました。
- 平成10年3月27日厚生省告示第108号によって医療法人が行うことができる 収益業務に遊休資産を活用した駐車場業が認可され、未利用またはご検討 の場合、収益等の見積書ご用命ください。
- 職員ご利用の場合、お手持ちのケータイが便利なリモコンとして使えます。





→ 三菱駐車場管理システム ダイヤ電子工業株式会社

〒003-0813 札幌市白石区菊水上町3条3丁目37番15号
TEL (011)811-8005代表FAX (011)811-8016