



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＞

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人間ドック等健康診査の利用制度を平成15年4月1日から改正し、種類の拡大と事務手続きの簡素化等によって、利用者の拡大を図っております。

今回、この「健康診査」の利用制度並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（2日以上）
- (2) 簡易人間ドック（1日又は半日）
- (3) 特定個別検査

3. 利用者の範囲（本組合に加入の被保険者：㊤社会保険、市町村国保等に加入の方は対象となりません。）

- (1) 入院人間ドック 組合員
- (2) 簡易人間ドック 組合員、家族及び従業員
- (3) 特定個別検査 組合員、家族及び従業員

4. 利用する医療機関

- (1) 入院人間ドック 入院人間ドックを実施している医療機関
- (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) 簡易人間ドック及び特定個別検査の健康診査は、自己の開設又は勤務する医療機関を含むものとします。

5. 利用の回数

- (1) 入院人間ドック又は簡易人間ドックの健康診査は、同一年度に利用できる回数を、いずれか1回とします。
- (2) 特定個別検査の健康診査は、同一年度に利用できる回数を1回とします。

*ただし、「入院人間ドック」又は「簡易人間ドック」の健康診査と同時に行った「特定個別検査」の健康診査は、助成の対象とはなりませんのでご注意願います。

6. 検査項目

健康診査の検査項目は、概ね別添1、2、3のように定められています。

7. 助成金の限度額

助成金の限度額は、健康診査利用種別により『別表』のとおり定めています。

8. 助成金の請求

* 利用者は、健康診査料金を一時立替払いをし、次の区分により検査項目のわかる書類を請求書に添付して、請求することになっています。

- (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は、『健康診査助成金請求書(組合員)』(様式第1号)に、又は支部において、一括して健康診査を実施したときの助成金を請求するときは、『健康診査助成金交付請求書(支部)』(様式第2号)に検査項目の明細がわかる書類を添付して、助成金を本組合に請求することとなっています。
- (2) 上記の規定にかかわらず、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は、『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)に検査項目がわかる書類を添付して本組合に請求することとなっています。

* 『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。

9. 助成金の交付

組合では、前述により助成金交付請求書を受理したときは、所要経費のうち別表の『健康診査助成金限度額』に定められた助成金の額を組合員(請求委任医療機関を含む。)に交付します。ただし、所要経費の額を超えることはできません。

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 FAX(011)241-6414

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。

* 北海道医師国保組合ホームページアドレス

<http://www.hokkaido.med.or.jp/kokuho/>

**道医師国保組合
お知らせ**

北海道医師国民健康保険組合

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>

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することとしました。

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円を助成いたします。

4. 助成金の請求

組合員（申請者）が、家族・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、直接本組合に請求してください。

5. 助成金の交付請求期間

予防接種後の助成金の請求期間は、年度末（3月31日）までとなってい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』の用紙がない場合は、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24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 FAX (011)-241-6414

別 表 (第 7 条 及 び 第 9 条 関 係)

健康診査助成金限度額

健康診査種別	コース別	検査項目	助成金限度額		
			組合員	家族・従業員	
入院人間ドック (2日以上)		1. 簡易人間ドックに定める検査 2. 「利用医療機関」が実施する検査	70,000 円	— 円	
簡易人間 ドック (1日又 は半日)	一般健診	「政府管掌健康保険」が実施する日帰り人間ドックの内容に基づく検査(別添1)	40,000	20,000	
	生活習慣病 健 診	A	「北海道労働保健管理協会」 が実施する成人病健康診断 (コース別)の内容に基づく 検査(別添2)	11,000	8,000
		B		14,000	10,000
C		20,000		14,000	
特定個別検査		個別検査(別添3)	10,000	10,000	
インフルエンザワクチン接種(同一年度内1人)			1,000	1,000	

別添 1

政府管掌健康保険
【日帰り人間ドック検査項目】
生活習慣病予防健診

検査項目	検査内容等
診察・計測・聴力	自覚症状・身長・体重・肥満度・視力・聴力
胸部 X 線 検査	胸部X線
血 圧 測 定	血圧
尿 検 査	糖・蛋白・潜血
	沈渣
循環器機能検査	心電図・総コレステロール・中性脂肪・HDL-コレステロール
肝 機 能 検 査	GOT・GPT・ALP・γ-GTP
	LDH・総ビリルビン・総蛋白・ALB・HBs抗原
腎 臓 機 能 検 査	クレアチニン
代 謝 系 検 査	尿酸
膵 機 能 検 査	血清アミラーゼ
血 液 検 査	赤血球数・白血球数・血色素量・ヘマトクリット値
	血小板数・血液像
糖 尿 病 検 査	血糖
便 潜 血 反 応 検 査	免疫学的便潜血反応(2日法)
眼 底 検 査	眼底カメラ(無散瞳)
肺 機 能 検 査	フローボリュームカーブ(努力肺活量、1秒量、1秒率)
胃 部 検 査	胃部
腹 部 超 音 波 検 査	肝臓・胆のう・腎臓

別添2

財団法人 北海道労働保健管理協会
成人病健診

検査項目	検査内容等	A コース	B コース	C コース
診察・計測	自他覚症状・身長・体重・BMI・視力	○	○	○
聴力検査	聴力(オーディオメータ)	○	○	○
胸部X線検査	胸部X線	○	○	○
血圧測定	血圧	○	○	○
尿検査	糖・蛋白・ウロビリノーゲン・潜血	○	○	○
循環器機能検査	心電図・総コレステロール・中性脂肪・HDL-コレステロール	○	○	○
肝機能検査	GOT・GPT・ALP・ZTT・LDH・ γ -GTP・総ビリルビン 総蛋白・ALB・コリンエステラーゼ	○	○	○
	HBs抗原・抗体			○
腎機能検査	尿素窒素・クレアチニン	○	○	○
代謝系機能検査	尿酸	○	○	○
膵機能検査	血清アミラーゼ	○	○	○
血液検査	赤血球数・白血球数・血色素量・ヘマトクリット値	○	○	○
糖尿病検査	血糖	○	○	○
	HbA1c・フルクトサミン			○
便潜血検査	免疫学的便潜血反応(1日法)	○	○	○
血清反応検査	RA・CRP		○	○
眼底検査	眼底カメラ(無散瞳)		○	○
胃部X線検査	胃部X線		○	○
腹部超音波検査	肝臓・胆のう・腎臓			○

別添3

特定個別検査項目

検査項目
骨塩定量検査
腫瘍マーカー検査(乳がん検査・子宮がん検査・前立腺がん検査等)
肝炎ウイルス検査
MRI(脳)検査
その他(理事会が必要と認める検査)

様式第1号

健康診査助成金交付請求書(組合員)

被保険者証の番号		道医 一 第 号	
利用被保険者氏名		組合員 との続柄	
利用した年月日		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
利用した種別 (該当項目に○印を記入)		1. 入院人間ドック 2. 簡易人間ドック ア. 一般健診 イ. 生活習慣病健診・A ウ. 生活習慣病健診・B エ. 生活習慣病健診・C 3. 特定個別検査	
健康診査を実施した 医療機関及びその印		所在地 名称	別記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		住所 氏名	
証 明 欄	請求金額	円	
	所要経費	円	
	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。)	
上記のとおり請求します。 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

*組合使用欄	助成決定額	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	
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	フリガナ	銀 行	店
	口座名義	信用金庫	
		預金種別	普通・当座・貯蓄
		口座番号	

[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。