



道医師国保公告

平成17年2月1日 道医国保公示第301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27日に第483回理事会を開催し、別記要領による第94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17年2月1日から就任した組合会議員による最初の組合会となり、議長、副議長の選挙が行われます。今回は組合規約並びに組合会議規則等の一部改正、平成16年度補正予算(第1次)、平成17年度組合事業方針及び予算の承認と、役員選挙など重要な案件を審議する。

第94回通常組合会開催要領

1. 開催日時 平成17年2月26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7名)
 - (5) 仮議長選出

- (6) 議事録署名議員の決定
- (7) 報告
 - ア. 業務報告
 - イ. 監査報告
- (8) 議案審議
 - 第1号 組合会議長及び副議長の選挙について
 - 第2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3号 北海道医師国民健康保険組合会議規則等の一部改正について
 - 第4号 理事会専決事項につき承認を求めることについて
 1. 職制及び給与規程等の一部改正について
 2. 自家診療特認地区の追加指定について
 - 第5号 平成16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6号 平成17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17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
 - 第8号 理事及び監事の選挙について
- (9) 役員就任挨拶
- (10) 閉会

保険料領収証明書を発行しました

平成16年分所得確定申告時期は、平成17年2月16日(水)から3月15日(火)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16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17

年1月15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。

道医師国保組合
お知らせ

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」を実施しております。この「健康診査」利用者に対する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）

- (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（社会保険、市町村国保等に加入の方は対象外）
- (3) 特定個別検査 組合員、家族及び従業員（ 同 上 ）

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。

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。

*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。

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ていただき、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、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

お知らせ

インフルエンザワクチン接種に対する助成

<接種の事前申し込み不要、接種後に助成金を請求>

平成16年度から保健事業の一環として、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。

対象者は、被保険者全員〔組合員、家族及び従業員(社会保険、市町村国保等に加入の方は対象外)〕とし、同一年度内1人1,000円を助成いたします。

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」により直接組合へご請求ください。

用紙の請求は当組合へご連絡願います。

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

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
膵臓機能検査	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)
腎部検査	腎部
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・ZIT・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 2 号

健康診査助成金交付請求書(支部)

支 部 名		支 部					
実施した年月日		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日					
利用実施した種別 (該当項目に○印を記入)		1. 入院人間ドック (名)		2. 簡易人間ドック		ア. 一般健診 (名)	
				イ. 生活習慣病健診・A (名)		ウ. 生活習慣病健診・B (名)	
				エ. 生活習慣病健診・C (名)		3. 特定個別検査 (名)	
健康診査を実施した 医 療 機 関		所在地 名 称					
担 当 し た 医 師		住 所 氏 名					
証 明 欄	請求金額	円 (名分)					
	所要経費	円 (名分)					
	検査項目	*別紙明細のとおり。(別添として、個人別を実施した検査種別・項目・経費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
*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 _____ 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		

*組合使用欄	助成決定額	円
--------	-------	---

