



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

- (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を行った「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ください。

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、請求書に検査項目のわかる書類を添付して、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ください。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

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

道医師国保組合のホームページを平成16年2月より開設いたしました。

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、当組合の業務にかかわる諸情報を逐次発信しております。

ご活用を心からお願いいたします。

ホームページアドレス

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

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		

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
	沈潜
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。 ⑩	
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 _____ ⑩ 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
--------	-------	---

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、個人別の実施した検査種別・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 <div style="text-align: right;">支 部 長 _____ (印)</div> 北海道医師国民健康保険組合理事長 様							
送金先	<input type="checkbox"/> 座種別 (フリガナ) <input type="checkbox"/> 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
---------	-------	---

様式第3号

組合員の同意による健康診査助成金交付請求書

利用した被保険者の 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	
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 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		名 称	
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。)	
* 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 (印) (被保険者証番号:道医 一 第 号)		
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 所在地 健康診査実施医療機関 名称 (印)			
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
--------	-------	---