



インフルエンザワクチン接種 人間ドック等健康診査 歯科健診 に対する助成を実施

今年も、インフルエンザワクチン接種の時期となりました。

本組合では、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、9月にご案内をお送りしております。助成金交付請求書の記入についての注意事項などは「健康診査ガイドブック」に掲載しておりますので、ご参照願います。

また、人間ドック等健康診査及び歯科健診に対しましても助成事業を実施しておりますので、是非ご活用いただきたく、お知らせいたします。

なお、ご不明な点がありましたら、下記までお問い合わせください。

北海道医師国民健康保険組合：総務係
TEL 011-271-7471

1. インフルエンザワクチン接種の助成について

助成につきましては、インフルエンザワクチンの接種後に助成金の交付請求書によりご請求いただくこととなります。

利用対象者の範囲	<u>本組合に加入の組合員及び被保険者（家族・准組合員（従業員））</u> (注) 社会保険（協会けんぽ等）・都道府県等国保に加入の方→対象外
助成の回数 及び助成額	<u>予防接種を受けた同一組合員及び被保険者に対し、同一年度内に原則 1回、1人1,000円</u> (注) お子様で2回予防接種を受けた場合でも、助成額は1,000円
助成金の請求	<u>『インフルエンザワクチン接種助成金交付請求書』</u> を直接本組合に郵送 (FAX不可) (注) 被保険者分については組合員（請求者）が、まとめて請求のこと
助成金の請求期間 と支払い方法	請求期間は、 <u>年度末（令和2年3月31日）まで</u> 支払い方法は、請求書に基づき、組合員（請求者）の口座へ一括お振り込み

※同一世帯で組合員（医師）となられている方がお二人いる場合は、お一人1枚の請求となりますので、ご注意ください。

インフルエンザワクチン接種助成金交付請求書

被保険者証又は組合員証番号	道 医 ー 号		
接種を受けられた方の 氏 名	組合員・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)
	組合員 家族 准組合員	令和 年 月 日	
	組合員 家族 准組合員	令和 年 月 日	
	組合員 家族 准組合員	令和 年 月 日	
	組合員 家族 准組合員	令和 年 月 日	
	組合員 家族 准組合員	令和 年 月 日	
	組合員 家族 准組合員	令和 年 月 日	
	組合員 家族 准組合員	令和 年 月 日	
	組合員 家族 准組合員	令和 年 月 日	
	組合員 家族 准組合員	令和 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。

令和 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		銀 行 信用金庫	支 店
	フリガナ	預金種別	普通・当座・貯蓄
	口座名義	口座番号	

- 〔備考〕
- ※ 対象者は、北海道医師国保組合に加入の組合員及び被保険者です。
(社会保険、都道府県等国保など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。

2. 人間ドック等健康診査の助成について

本組合では、人間ドック等健康診査を実施いただいた方に助成をしております。

特定健康診査対象（40歳から74歳まで）の方が健康診査を受診される際には、必ず『特定健康診査基本項目』の受診をお願いいたします。

なお、人間ドック等、検査項目の中に特定健康診査基本項目が全て含まれている場合は、改めて特定健康診査を受診される必要はございません。

利用対象者の範囲	本組合に加入の組合員及び被保険者（家族・准組合員（従業員）） (注) 社会保険（協会けんぽ等）・都道府県等国保に加入の方→対象外																																		
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) 特定健康診査																																		
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) 特定健康診査 特定健康診査を実施している医療機関 * (2)・(3)は自家健診が可能																																		
助成額 (助成限度額)	<table border="0"> <tr> <td>(1) 入院人間ドック</td> <td>組合員</td> <td>8万円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>家族・准組合員</td> <td>3万円</td> </tr> <tr> <td>(2) 簡易人間ドック</td> <td>組合員</td> <td>5万円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>家族・准組合員</td> <td>3万円</td> </tr> <tr> <td>(3) 特定健康診査</td> <td colspan="2">(令和元年9月まで) (令和元年10月から)</td> </tr> <tr> <td>① 基本健康診査</td> <td>7,680円</td> <td>7,830円</td> </tr> <tr> <td>② 詳細健康診査</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>貧血検査</td> <td>900円</td> <td>920円</td> </tr> <tr> <td>心電図検査</td> <td>1,600円</td> <td>1,640円</td> </tr> <tr> <td>眼底検査</td> <td>1,210円</td> <td>1,240円</td> </tr> <tr> <td>血清クレアチニン検査</td> <td>200円</td> <td>210円</td> </tr> </table> <p>* 特定健康診査の費用は、(1)・(2)に定める限度額に含む</p>		(1) 入院人間ドック	組合員	8万円		家族・准組合員	3万円	(2) 簡易人間ドック	組合員	5万円		家族・准組合員	3万円	(3) 特定健康診査	(令和元年9月まで) (令和元年10月から)		① 基本健康診査	7,680円	7,830円	② 詳細健康診査			貧血検査	900円	920円	心電図検査	1,600円	1,640円	眼底検査	1,210円	1,240円	血清クレアチニン検査	200円	210円
(1) 入院人間ドック	組合員	8万円																																	
	家族・准組合員	3万円																																	
(2) 簡易人間ドック	組合員	5万円																																	
	家族・准組合員	3万円																																	
(3) 特定健康診査	(令和元年9月まで) (令和元年10月から)																																		
① 基本健康診査	7,680円	7,830円																																	
② 詳細健康診査																																			
貧血検査	900円	920円																																	
心電図検査	1,600円	1,640円																																	
眼底検査	1,210円	1,240円																																	
血清クレアチニン検査	200円	210円																																	
助成の回数	健康診査を受診した同一組合員及び被保険者に対し、同一年度内に原則1回 ただし、別の医療機関で別の検査項目を実施した場合は、助成金限度額の範囲内であれば、この限りではない																																		
助成金の請求	(1) 組合員が助成金を請求するとき 「健康診査助成金交付請求書」(様式第1号) (2) 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) (3) 自家健診で特定健康診査のみ実施した場合 特定健康診査用入力票、質問票、特定健康診査（自家健診）振込口座届出書 * (1)・(2)の添付書類については「健康診査ガイドブック」を参照																																		
助成金の請求期間と支払い方法	請求期間は、 年度末（令和2年3月31日）まで 支払い方法は、請求書に基づき、組合員（請求者）等の口座へお振り込み																																		

※インフルエンザワクチン接種助成及び人間ドック等健康診査助成の請求書につきましては、下記のものをご使用ください。

- ・「健康診査ガイドブック」の様式
- ・本組合のインターネットホームページ（申請様式一覧）に掲載の様式
 - * 組合ホームページアドレス
 - http://www.hokkaido.med.or.jp/kokuho/
- ・本誌の「様式」頁のコピーも使用可能

なお、特定健康診査（自家健診）振込口座届出書・特定健康診査入力票・質問票につきましても、お手元の用紙が不足する場合は、ホームページから出力できます。

3. 歯科健診の助成について

本組合では、生活習慣病の起因の一つとも言われます歯科疾患に対しまして、令和元年度から新規保健事業として歯科健診を実施しております。

年に一回は歯科健診の受診をお願いいたします。

なお、歯科健診の「歯科健康診査票」は複写式ですので、ホームページには掲載しておりません。

「歯科健康診査票」が必要な場合は、組合へご連絡ください。

利用対象者の範囲	本組合に加入の組合員及び被保険者（家族・准組合員（従業員）） (注) 社会保険（協会けんぽ等）・都道府県等国保に加入の方→対象外
利用できる 歯科健診機関	北海道歯科医師会が指定する北海道歯科医師会会員の歯科健診機関 ※利用できる歯科健診機関は本組合のホームページに掲載
助成の回数	歯科健診を受けた同一組合員及び被保険者に対し、同一年度内に原則 1回
助成額及び 窓口負担	歯科健診料金 1人につき 3,000円＋消費税 受診時の窓口負担（自己負担）なし
助成金の請求	北海道歯科医師会から組合宛に代理請求 ※歯科健診受診者からの請求は不要

※歯科健診の受診の流れ

受診希望者が歯科健診機関の中から受診機関を選択



受診希望者が歯科健診機関へ申込み



歯科健診受診時、受診希望者は歯科健診機関に被保険者証若しくは組合員証を提示し、「**歯科健康診査票**」（複写式4枚1組）を提出
(健診後、「**歯科健康診査票 ④受診者用**」を歯科健診機関から受取る)

