

人間ドック等健康診査 インフルエンザワクチン接種

令和元年度の助成金の請求は令和2年3月末日迄です!

北海道医師国保組合では、人間ドック等の健康診査のほかインフルエンザワクチン接種につきましても、保健事業の一環として助成金を交付しております。

すでに人間ドック等の健康診査を受診またはインフルエンザワクチンを接種された方で、助成金の請求 をされていない方は、令和2年3月31日までに助成金交付請求書を組合へご提出ください。

また、特定健康診査を実施している医療機関であれば、自己の医療機関で健康診査を受診(自家健診)しても差し支えありませんので、まだ受診されていない方は、是非受診していただくようお願いいたします。

〈1. 人間ドック等健康診査〉

_							
	項	目	入院人間ドック (1泊2日以上)	簡易人間ドック (1日または半日含む)		特定健康診査	
1.	利用	者の範囲	本組合に加入の組合	合員および被保険者	40 ~ 74歳までの 被保険者		
2.	利用で	する医療機関	入院人間ドックを常設 している医療機関	簡易人間ドックを実施 している医療機関 (自家健診可)	特定健療機関	健康診査を実施している医 (自家健診可)	
3.	助成	金限度額	組合員 8万円 家族・准組合員 3万円 (特定健康診査の費用 を含む)	組合員 5万円 家族・准組合員 3万円 (特定健康診査の費用 を含む)	令和元年9月まで 令和元年10月から	基本健康診査 7,680円 貧血検査 900円 心電図検査 1,600円 眼底検査 1,210円 血清クレアチニン検査 200円 基本健康診査 7,830円 貧血検査 920円 心電図検査 1,640円 眼底検査 1,240円 眼底検査 1,240円 血清クレアチニン検査 210円	
4.	請	求 用 紙		求書(様式第1号)」 とは 建康診査助成金交付請求	特定健口座届	建康診査(自家健診)振込 出書	

(注意)

1. 利用者の範囲について

社会保険、都道府県等国保などに加入の方は対象外です。

(当組合の組合員証または被保険者証をお持ちでない方は対象外)

2. 助成金限度額(40~74歳までの方のみ)について

特定健康診査の基本項目の未実施が解消されない、または基本項目がない健康診査を受診した場合、特定健康診査費用(基本健診分)はお支払い出来ませんが、後に特定健康診査の基本項目を実施したときは特定健康診査費用(基本健診分)をお支払いいたします。

なお、受診した検査項目に、特定健康診査の基本項目が網羅されてない場合は、自己の開設 または勤務する医療機関で不足項目を検査することは差し支えありません。

3. 請求について

1)請求書類

- ①組合員が組合へ請求する場合
 - →「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場合
 - →「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)

2) 提出書類

- ①人間ドック等の健康診査を受けた場合
 - ◎健康診査助成金交付請求書
 - ◎検査項目・領収書
 - ◎健診結果(写しでも可)又は特定健康診査用入力票・質問票
 - *特定健康診査用入力票・質問票の添付が不要の方
 - ・40歳未満及び75歳以上の方
 - ・特定健康診査の基本項目がない健診を受けた方
 - ・特定健康診査受診券を医療機関へ提出された方
- ②自己の医療機関で特定健診項目のみ実施の場合
 - ◎特定健康診査(自家健診)振込口座届出書
 - ◎特定健康診査用入力票・質問票

(2. インフルエンザワクチン接種)

1. 利用者の範囲	本組合に加入の組合員および被保険者
2. 助 成 金 額	予防接種を受けた者一人、同一年度内 1,000円
3. 助成金の請求	組合員(申請者)が、家族・准組合員(従業員)分を含めて 接種後に、直接本組合に請求 (郵送) ※FAX不可
4. 請 求 用 紙	インフルエンザワクチン接種助成金交付請求書(様式第4号)

(注意)

1. 利用者の範囲について

社会保険、都道府県等国保などに加入の方は対象外です。

(当組合の組合員証または被保険者証をお持ちでない方は対象外)

2. 助成金額について

インフルエンザワクチン接種を2回受けた場合でも助成金額は1,000円です。

※ 「健康診査助成金交付請求書」および「インフルエンザワクチン接種助成金交付請求書」等の用紙につきましては、令和2年3月上旬に組合員の方にお送りしております『健康診査ガイドブック』の請求書等の様式をご利用願います。

また、本組合のインターネットホームページからも入手できます。

組合ホームページアドレス

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

その他、本誌の「様式」頁のコピーも使用可能です。

ご不明な点がありましたら、下記までお問い合せください。

連絡先:〒060-0042

札幌市中央区大通西6丁目 北海道医師会館6階

北海道医師国民健康保険組合:総 務 係

TEL 011-271-7471

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、皆様に、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。

毎年3月から4月は、組合員および被保険者の方々の異動が著しい時期になります。

協会けんぱへのご加入、ご家族のご就職、従業員の雇用・退職、自宅の転居など、組合への届け出の手続きが必要となりますが、国民健康保険法および組合規約によって事実のあった日から14日以内に届け出ることが定められております。

届け出が遅れますと保険料の調整(増減)および保険給付等に影響しますので、ご注意願います。 なお、各種申請(届け出)用紙はホームページからも入手できますので、是非ホームページの ご活用をお願いいたします。

*北海道医師国民健康保険組合ホームページアドレス

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

〒060-0042 札幌市中央区大通西6丁目 北海道医師会館6階

北海道医師国民健康保険組合

TEL 011-271-7471 FAX 011-241-6414

様式第1号

											ተጽ	5 八
		信	建康	診る	坠助	成台	全 交	付	計請 ヌ	杉 書		
	被保険者証又 組合員証の番・		道	医							号	
	健康診査を 受けた者の氏:	名					生年月日	Ę B		年 月 時の年齢	日 歳)	組 合 員
受	けた健康診査の	種類	1. 入防	1. 入院人間 ドック(1泊2日以上) 2. 簡易人間ドック(1日又は半日を含む)								日を含む)
			下記の	とおり	検査を	実施した	こことを	証明	します。			
健康診	健康診査 実施した医療	_	所在:	地 称								(FI)
が査を実	担当した医	手師										
実施	健康診査を受けた	年月日	令和	:	年	月	日	~	令和	年	月	日
し た 医	検査項	目)とおり。 等がれ		類(パン	ノフレ	ットの写し	し等でも可	「)を添付原	頼います。
療機関記入欄	がん検診に係検査項目の実施			胃内や胸部エ 子宮町	見鏡検査 ックス線 頁部の斜	医施項目 全 全 全 医 医 医 医 管 管 管 管 医 管 医 管 医 管 医 管 医	• 胃 i	邪エッ! 邪エッ!	クス線検査 クス線検査	₹ そ及び喀痰 ₹(マンモグラ		検査
	特定健康診 受診券提出		1. 提	出あり	<u>連合会</u>	会請求金	:額			<u> </u>	2.	提出なし
	健診料	金	_					_円		<u>※領収書</u>	を添付願	<u>います。</u>
	上記のとおり	建康診	査を受け	たので	、助成	金の交付	すを請え	えしま	す。			
	令和	年	月	B								
				合員 :師)	住 所	<u> </u>						
			()23	. H. I. /	<u>氏 名</u>							(FI)
(組	北海道医師 合員の口座)	国民健	康保険	組合珥	事長	様						
						銀行	・信用	金庫	Ī			支 店
	送 金 先		を種別 (ガナ)	普通	• 当座	• 貯	蓄		座番号			
			医名義									
,	* 組合使用欄	交付流	决定額				円					

※添付書類:領収書、検査項目、40歳~74歳の方は健康診査結果写し(又は特定健康診査用入力票)と質問票も添付 ※自己の開設又は勤務する医療機関で実施した場合:領収書にかえて各検査項目の金額がわかる書類の添付でも可 **※請求期限:健康診査を受けた年度末(3月31日)まで**

様式第3号

											17来 1	八 男 3 万
		の同	司意に	よる	建康	診査.	助/	成金3	<u>を付</u> i	請求	書	
被保険者証. 組合員証の		道	_ <u></u> 医								号	
健康診査受けた者の	きを					生年月日		年(健診時の	•	日 歳)	種別	組 合 員 家 族 准組合員
受けた健康診 種類及び限り			完人間ドック 易人間 ドック					組合員 80,0 組合員 50,0				
健康診査を実施 医療機関の												
担当した日	医師											
健康診査を受けた	た年月日	令和	年	月		日 ~		令和	年	月		日
検 査 項	目	別紙明	明細のとお	うり。(検	查項目	等がわた	いる書	書類を添作	寸願い	ます。)		
がん検診に係検査項目の実施		•	E施してい・胃内視録・胸部エック・子宮頸部E施してい	鏡検査 フス線検査 鄒の細胞	·	・胃部エッ	ックス糸 ックス糸		び喀痰			
特定健康診 受診券提出 ²			三山おい	ない 連合会請	求金額				円	2.	提出な	L
請求金	額					F	3 _	(健診料金	<u> </u>			円)
※助成金交付 下記の欄に										請求す	る場合	は、
組合員の 同 意 書		金を支払	D助成金に 込われるこ 年 月	ことに同意	意します I		己の	健康診査	実施图	≦療機関	一一人	·\$4
				医師)	氏名							(FI)
上記のとおり	検査を実	施した。	ことを証り	1し、助成	金の交	:付を請:	求しる	ます。	_		_	
	令和 健康診查	年 全実施医	月 医療機関		听在地 8							
北海道医師国	3民健康	保险組]合理事-	_	<u>各称</u>							<u> </u>
		· F17F2人作	_ 	<u> </u>	銀行・	信用金原	 車					支 店
送 金 先	口座種 (フリガ 口座名	`†)	普通 ・当	座 • 貯				座番号				
*組合使用欄	交付決	定額				円	Ī					

※添付書類:領収書、検査項目、40歳~74歳の方は健康診査結果写し(又は特定健康診査用入力票)と質問票も添付 ※自己の開設又は勤務する医療機関で実施した場合:領収書にかえて各検査項目の金額がわかる書類の添付でも可 **※請求期限:健康診査を受けた年度末(3月31日)まで**

様式第4号

	インフルエンザワ	クチン	ノ接種	助成	金交	で	計 請	求	書	
被	保険者証又は組合員証番号	道	医		_				号	
ł	接種を受けられた方の 氏 名		・被 保 険 ā 箇所を〇で囲ん		接	種	月日		請求金額	į(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		
		組合員	家族	准組合員	令 和	年	月	日		
	申請金額合計		一 金						円	
令和	上記のとおりインフル:	エンザ予例	方接種を受	けたので	助成金	を請	求しま	す。		
			住 所							
	糸	自合員								
			氏 名						Ħ	
北	毎道医師国民健康保険組合理事長	様								
(組合	計員の口座)		銀行							
送			信用金庫	死 人 廷则			<u></u>			店
金 先	フリガナロ座名義			預金種別 口座番号	百	乪	· 当	座	• 貯 i	ân e
	口 <u>厂</u> 口我			口圧田つ						
〔信	精考〕 ※ 対象者は、北海道医的 (社会保険、都道府県等 ※ 助成額は同一年度内 ※ 請求につきましては、!	等国保なと 1人1,000	ごに加入の 円です。	方は対象	になり	ませ	ん。)		ます。	

組合員の皆様へ

特定健診の受診と北海道日本ハムファイターズの 応援で、心身をリフレッシュしましょう

平成 23 年度から道医師国保の保健事業として実施しております北海道日本ハムファイターズの公式戦の野球観戦事業は、ご好評をいただき昨年度も多くの組合員の皆様にご観戦をいただきました。

道医師国保の保健事業である北海道日本ハムファイターズのリフレッシュ野球観戦を利用して、実際に球場に足を運んで、ウォーキングを伴う心身のリフレッシュをしてみませんか。

観戦を希望される方は、「2020年 北海道日本ハムファイターズ リフレッシュ野球観戦日程表」に記載の各試合の<u>申込期限まで(必着)</u>に、「2020年 北海道日本ハムファイターズ リフレッシュ野球観戦申込票」を医師国保組合まで<u>FAXにて</u>提出してください。

申込期限までに申込票が到着した方の中から、**特定健診の受診予定者を優先**して抽選を行い、当選者に組合より入場券を送付いたします。(当選に際して、チケット代金の費用負担はございません。)

特定健診の受診と道民球団ファイターズの応援で、ストレス発散、心身のリフレッシュ、さらには健康管理にと是非お役立てください。

お問い合わせ先 北海道医師国保組合 総務係

TEL 011-271-7471 FAX 011-241-6414

2020年 北海道日本ハムファイタース リフレッシュ野球観戦日程表

【札幌ドーム】

観戦番号	申込期限	月	日	曜日	開始時刻	対戦相手
		3	24	火	18:30	東北楽天
Α	3月11日	3	25	水	18:00	東北楽天
		3	26	木	13:00	東北楽天

観戦番号	申込期限	円	ш	曜日	開始時刻	対戦相手	
		3	31	火	18:00	オリックス	
		4	1	水	18:00	オリックス	
В	2 F 15 D	4	2	木	18:00	オリックス	
	3月15日	4	3	金	18:00	福岡ソフトバンク	
				4	4	土	14:00
		4	5	日	14:00	福岡ソフトバンク	

観戦番号	申込期限	月	日	曜日	開始時刻	対戦相手
		4	10	金	18:00	千葉ロッテ
		4	11	土	18:00	千葉ロッテ
С	3月22日	4	12	日	14:00	千葉ロッテ
	3月22日	4	14	火	18:00	埼玉西武
		4	15	水	18:00	埼玉西武
		4	16	木	18:00	埼玉西武

観戦番号	申込期限	月	日	曜日	開始時刻	対戦相手
		4	24	金	18:00	東北楽天
D	4月5日	4	25	土	15:00	東北楽天
		4	26	日	14:00	東北楽天

観戦番号	申込期限	月	日	曜日	開始時刻	対戦相手
		5	1	金	18:00	埼玉西武
		5	2	土	14:00	埼玉西武
E	4月12日	5	3	日	13:00	埼玉西武
		5	8	金	18:00	オリックス
		5	9	土	14:00	オリックス
		5	10	日	14:00	オリックス

観戦番号	申込期限	月	日	曜日	開始時刻	対戦相手
		5	22	金	18:00	福岡ソフトバンク
		5	23	土	14:00	福岡ソフトバンク
F	5 8 6 0	5	24	日	14:00	福岡ソフトバンク
Г	5月6日	5	29	金	18:00	中日
		5	30	土	16:00	中日
		5	31	日	14:00	中日

【旭川スタルヒン球場】

観戦番号	申込期限	月	日	曜日	開始時刻	対戦相手
旭 6月28	6月28日	7	14	火	18:00	オリックス
旭	0月20日	7	15	水	18:00	オリックス

観戦番号	申込期限	月	日	曜日	開始時刻	対戦相手
	5月24日	6	6 9 火 18:00		18:00	阪神
		6	6 10		18:00	阪神
G		6	11	木	18:00	阪神
G		6	12	金	18:00	横浜DeNA
		6	6 13 =		14:00	横浜DeNA
		6	14	日	14:00	横浜DeNA

観戦番号	申込期限	月	日	曜日	開始時刻	対戦相手
Н	8月2日	8	21	金	18:00	東北楽天
		8	22	土	15:00	東北楽天
		8	23	H	14:00	東北楽天

観戦番号	申込期限	月	日	曜日	開始時刻	対戦相手
	8月16日	9	1	火	18:00	千葉ロッテ
		9	2	水	18:00	千葉ロッテ
,		9	3	木	18:00	千葉ロッテ
1		9	4	金	18:00	福岡ソフトバンク
		9	9 5		14:00	福岡ソフトバンク
		9	6	日	14:00	福岡ソフトバンク

観戦番号	戦番号 申込期限		ш	曜日	開始時刻	対戦相手
	8月30日	9	15	火	18:00	オリックス
		9	16	水	18:00	オリックス
J		9	17	木	14:00	オリックス
٦		9	19	土	14:00	埼玉西武
		9	20	日	14:00	埼玉西武
		9	21	月	13:00	埼玉西武

観戦番号	№ 申込期限		月日日		開始時刻	対戦相手
	9月13日	9	29 火		18:00	福岡ソフトバンク
K		9 30		水	18:00	オリックス
K		10	1	木	18:00	オリックス
		10	2	金	18:00	東北楽天

観戦番号	戦番号 申込期限		П	曜日	開始時刻	対戦相手
	9月22日	10	9	金	18:00	千葉ロッテ
١.		10	10	土	14:00	千葉ロッテ
-		10	11	日	14:00	千葉ロッテ
		10	12	月	18:00	埼玉西武

【釧路市民球場】

観戦番号	申込期限	円	日	曜日	開始時刻	対戦相手
釧	6月7日	6	23	火	13:00	千葉ロッテ

【帯広の森野球場】

観戦番号	申込期限	円	ш	曜日	開始時刻	対戦相手
帯	6月7日	6	24	水	13:00	千葉ロッテ

FAX送信先 011-241-6414 北海道医師国民健康保険組合 行

いずれかに〇印を お付けください。 特定健診の受診予定

2020年 北海道日本ハムファイターズ リフレッシュ野球観戦申込票

年間利用回数		i	組合員氏	名	被保険者	.≣π		記号		番号		
回目			または組合員証の		道医 —							
観戦番号			観戦希望	望日				対戦相手	チーム名	申	申込席数	
	第一希望		月	日	曜日					【最大	6席】	
	第二希望		月	日	曜日						席	
	第三希望		月	日		曜日						
観戦(予定)者氏名												
医師国傷	その組合員	組合員	• 家族 •	准組合員	組合員 •	家加	灰 •	准組合員	組合員 •	家族 •	准組合員	
医師国保の組合員または被保険者に限ります。 該当する種別を 〇で囲み願います。		組合員	・家族・	准組合員	組合員・	家力	灰 •	准組合員	組合員・	家族 •	准組合員	
	롤時の ト送付先	(〒	_)							
(住所	・あて先)	TEL		()							
FAX	車絡先	FAX	·	()				(空席がある場	合の案	内等に使用)	

【申し込み時のご注意事項】

- 1. 観戦(予定)者は、医師国保組合の組合員および被保険者(家族・准組合員)とします。
- 2. 観戦を希望される場合は、「リフレッシュ野球観戦日程表」より、観戦番号(A~L、旭、釧、帯)、観戦希望日、 対戦相手チーム名、申込席数、観戦(予定)者氏名等必要事項を記入(40歳~74歳の組合員は、右上の特定 健診の受診予定の有無についても○印をつけてください)し、申込期限までにFAXにてお申し込みください。
- 3. **1つの観戦番号に対してのお申し込みは1回**限りとし、1回のお申し込みで**第三希望の試合まで**記入をすることができます。
- 4. **観戦番号毎(A~L、旭、釧、帯)に抽選にて観戦者を決定し、当選者には申込期限から1週間以内に観戦チケットを送付いたします。**(誠に恐れ入りますが、落選者への連絡は、省略させていただきます。)
- 5. 年間利用回数は、原則として**組合員一人につき年間2回を上限**とし、抽選時には今年度に初めて観戦される組合員(年間利用回数1回目の組合員)で、**今年度に特定健診の受診を予定している方**を優先いたします。
- 6. **申込期限が過ぎた後は、観戦者が8名に達していない場合に限り、先着順にお申し込みを受付けします**ので、 医師国保組合に電話 (TEL 011-271-7471) で空席状況を確認して予約を行い、予約内容を第一希望欄に記入 をして当日中に FAX してください。また試合の2週間前の時点でまだ残席がある場合は、既に年間2回の上 限まで利用をされている組合員(年間利用回数3回目以上)からの観戦申し込みも受付けします。
- 7. 札幌ドームの契約座席は、『1塁側 S指定席 39 通路 26 列 81番~84番 27 列 81番~84番 』の8席です。