



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4年度の助成金の請求は 令和5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5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）いただい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、是非受診いただきます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員および被保険者		40～74歳までの被保険者
2. 利用する医療機関	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）	特定健康診査を実施している医療機関（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)	当該年度の集合契約Bにおける契約金額 〔北海道医師会の集合契約参加医療機関及び自家健診で受診の場合〕 基本健康診査 7,830円 貧血検査 920円 心電図検査 1,630円 眼底検査 1,230円 血清クレアチニン検査 130円
4. 請求用紙	「健康診査助成金交付請求書（様式第1号）」又は「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）」		特定健康診査（自家健診）振込口座届出書

(注意)

1. 利用者の範囲について

社会保険、市町村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歳までの被保険者）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) 請求用紙

- 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 ※ワクチン接種を2回受けた場合でも助成金額は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)

利用者の範囲について

社会保険、市町村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)

※「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4年2月中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。

本誌の「様式」頁のコピーも使用可能です。また、本組合のインターネットホームページからも印刷できます。

組合ホームページアドレス

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

ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

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

健康診査助成金交付請求書				
被保険者証又は組合員証の番号	道 医 一 号			
健康診査を受けた者の氏名	生年月日	年 月 日 (健診時の年齢 歳)	種別	組合員 家族 准組合員
受けた健康診査の種類	1. 入院人間ドック(1泊2日以上)		2. 簡易人間ドック(1日又は半日を含む)	
健康診査を実施した医療機関記入欄	健康診査を実施した医療機関	下記のとおり検査を実施したことを証明します。 所在地 名 称		
	担当した医師			
	健康診査を受けた年月日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
	検査項目	別紙明細のとおり。 ※検査項目等がわかる書類(パンフレットの写し等でも可)を添付願います。		
	がん検診に係わる検査項目の実施状況	1. 実施している(実施項目に○印を記入) ・ 胃内視鏡検査 ・ 胃部エックス線検査 ・ 便潜血検査 ・ 胸部エックス線検査 ・ 胸部エックス線検査及び喀痰細胞診 ・ 子宮頸部の細胞診 ・ 乳房エックス線検査(マンモグラフィ) 2. 実施していない		
特定健康診査受診券提出状況	1. 提出あり 連合会請求金額 _____ 円		2. 提出なし	
健診料金	_____円 ※領収書を添付願います。			
上記のとおり健康診査を受けたので、助成金の交付を請求します。 令和 年 月 日 組合員 住所 _____ (医師) 氏名 _____ 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	
	口座種別 (フリガナ)	普通・当座・貯蓄	口座番号 _____	
	口座名義			

* 組合使用欄	交付決定額	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

組合員の同意による健康診査助成金交付請求書					
被保険者証又は 組合員証の番号	道 医 ー 号				
健康診査を 受けた者の氏名	生年 月日	年 月 日 (健診時の年齢 歳)	種 別	組 合 員 家 族 准 組 合 員	
受けた健康診査の 種類及び限度額	1. 入院人間ドック(1泊2日以上) 限度額(組合員 80,000円、家族・准組合員 30,000円) 2. 簡易人間ドック(1日又は半日を含む) 限度額(組合員 50,000円、家族・准組合員 30,000円)				
健康診査を実施した 医療機関の名称					
担当した医師					
健康診査を受けた年月日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
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。)				
がん検診に係わる 検査項目の実施状況	1. 実施している(実施項目に○印を記入) ・ 胃内視鏡検査 ・ 胃部エックス線検査 ・ 便潜血検査 ・ 胸部エックス線検査 ・ 胸部エックス線検査及び喀痰細胞診 ・ 子宮頸部の細胞診 ・ 乳房エックス線検査(マンモグラフィ) 2. 実施していない				
特定健康診査 受診券提出状況	1. 提出あり 連合会請求金額 円		2. 提出なし		
請 求 金 額	円 (健診料金 円)				
※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、 下記の欄に健康診査を受けた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。 令和 年 月 日 組合員 住 所 _____ (医師) 氏 名 _____ (印)				
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。 令和 年 月 日 健康診査実施医療機関 所在地 _____ 名 称 _____ (印)					
北海道医師国民健康保険組合理事長 様					
送 金 先	銀行・信用金庫		支 店		
	口座種別 (フリガナ)	普通・当座・貯蓄	口座番号 _____		
	口座名義 _____				
* 組合使用欄	交付決定額	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

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 一 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

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。

道医師国保組合のお知らせ

被保険者の異動は必ず14日以内に届け出を

本組合は、次のような被保険者の異動があったときは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する場合がありますので、お早めに届け出をお願いいたします。

届出		届出用紙	届け出が必要なとき	
資格喪失	組合員（医師）	被保険者資格喪失(脱退)届 【組合員(医師)世帯全員用】 様式第16号①	○他の医療保険に加入したとき ○北海道医師会を退会したとき ○医療および福祉の事業又は業務に従事しなくなったとき ○道外に住所を変更したとき ○死亡したとき など	
	准組合員(従業員)	被保険者資格喪失届 【准組合員(従業員)世帯全員用】 様式第16号②	○組合員の管理する医療機関を退職したとき ○他の医療保険に加入したとき ○組合員（医師）が組合員資格を喪失したとき ○死亡したとき など	
	家族	被保険者資格喪失届 【家族用】 様式第16号③	○他の医療保険に加入したとき（就職等） ○組合員（又は准組合員）と別世帯になったとき（婚姻、転出、世帯分離） ○死亡したとき など	
資格取得	従業員(准組合員)	被保険者資格取得届 【従業員(准組合員)新規用】 様式第15号②	○組合員の開設又は管理する医療機関で75歳未満の従業員を採用したとき（健康保険適用事業所を除く） など	
	家族	被保険者資格取得届 【家族追加用】 様式第15号③	○組合員（又は准組合員）と同一世帯になったとき（婚姻、転入、世帯合併） ○他の医療保険の資格を喪失したとき（退職、任意継続期間満了等） ○子どもが生まれたとき など	
住所・氏名の変更		住所・氏名変更届 様式第17号	○組合員（又は准組合員）の住所が変更になったとき（転居、住居表示変更等） ○氏名が変更になったとき（婚姻等による名字変更、字体変更等） など	
家族の 修学にともなう転居 (修学中の住所地特例)		第116条該当・非該当届 様式第20号	該当	○遠隔地で修学するために組合員（又は准組合員）と住民票上の別世帯になったとき ○該当を届け出ている家族が遠隔地で進学したとき など
			非該当	○該当を届け出ている家族が、組合員(又は准組合員)と同一世帯になったとき（修学終了による転入、組合員（又は准組合員）の住所変更等）など

【提出先・届出用紙の備付】

所属支部＝組合員（医師）が所属している医師会（郡市医師会・医育機関医師会）

*届出用紙は組合ホームページ（<http://www.hokkaido.med.or.jp/kokuho/>）からも入手できます。

【必要書類等】

各届出用紙に記載がありますのでご確認ください。必要書類等をすべて添付のうえ、提出してください。

ご不明な点がございましたら、担当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 担当：業務係(資格) TEL 011-271-7471

