



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しています！

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月に組合員の方へ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は、注意事項等も含め「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、健診を受診いただき、ご活用ください。

ご不明な点がございましたら本組合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

インフルエンザワクチンの接種を受けられましたら、助成金の交付請求書により組合へご請求ください。

利用対象者の範囲	<p><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></p> <p>（注）対象外 社会保険（協会けんぽ等）・都道府県等国保（市町村国保）に加入の方</p>
助成の回数 及び助成額	<p><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></p> <p>*お子様が2回予防接種を受けた場合でも助成額は1,000円</p>
助成金の請求	<p><u>『インフルエンザワクチン接種助成金交付請求書』を本組合へ郵送（FAX不可）</u></p> <p>*被保険者（家族・准組合員（従業員））分についても組合員が請求</p>
助成金の請求期間 及び支払い方法	<p><u>年度末（令和6年3月31日）まで</u></p> <p>請求書に基づき組合員の口座へお振り込み</p>

※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、お一人1枚ずつの請求となります。

※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、以下の様式をご使用ください。

- ・本誌の「様式」頁のコピー
- ・「健康診査ガイドブック」掲載の様式
- ・本組合のインターネットホームページ（各種申請（届出）様式一覧）掲載の様式

* 組合ホームページアドレス

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

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より印刷できます。

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の予防対策として、歯科健診への助成を実施しております。

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」が必要な場合は本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) 対象外 社会保険（協会けんぽ等）・都道府県等国保（市町村国保）に加入の方
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	歯科健診を受診した同一組合員及び被保険者に対し、同一年度内に1回
窓口負担	受診時の窓口負担（自己負担）なし *健診後、歯石除去等を受けた場合は保険診療となるため一部負担金が別途発生
助成金の請求	北海道歯科医師会より本組合へ請求 *歯科健診受診者からの請求は不要

※同一年度内（4月1日～翌年3月31日まで）に誤って歯科健診を2回受けた場合、2回目の受診分は後日組合員の方へ請求することとなります。

【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



歯科健診受診時に、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**」を歯科健診機関より受け取る）

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		
<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>組 合 員</p> <p>氏 名</p> <p>北海道医師国民健康保険組合理事長 様</p> <p>(組合員の口座)</p>			
送 金 先	銀 行 支 店		
	信用金庫		
	フリガナ	預金種別	普通・当座・貯蓄
	口座名義	口座番号	
<p>【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。)</p> <p>※ 助成額は同一年度内1人1,000円です。</p> <p>※ 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。</p>			

2021.6.1

