

# 人間ドック等健康診査利用のご案内

## 助成金の請求は令和2年3月末日迄です 健康診査または特定健康診査を受けていない方 ぜひ受診しましょう！

——— 特定健診の受診は、自家健診でもOK ———  
 <利用の事前申し込み不要、健診後に助成金を請求>

北海道医師国民健康保険組合では、保健事業として健康診査に対する助成事業を実施しておりますので、組合員および被保険者の方の健康管理の一環として年1回は健康診査を受診いただき、助成事業をご利用願います。

なお、特定健康診査の対象（40～74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。

簡易人間ドックなど「特定健康診査基本項目」が全て含まれている健康診査を受診された場合は、改めて「特定健康診査」を受診する必要はありません。

すでに健康診査を受診された方は、助成金交付の請求書に添付書類を添えて組合へお送りください。

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		本組合に加入の組合員および被保険者で40～74歳までの方
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)	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 血清クレアチニン検査 210円
4. 請求用紙	「健康診査助成金交付請求書(様式第1号)」 または 「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

※ただし、特定健康診査については令和元年9月末日までに受診された場合、助成限度額は、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円となります。

**(注意)****1. 助成金の対象とならない方**

- ・ 社会保険、市町村国保などに加入の方

**2. 特定健康診査対象者の方に特定健康診査費用分をお支払いできないケース**

- ・ 脳ドックなど特定健康診査の「基本的な健診項目」が入っていない検査を受診された場合
- ・ 特定健康診査の「基本的な健診項目」が不足している場合（未実施の場合）

※後ほど特定健康診査の「基本的な健診項目」および不足項目を受診した場合は、特定健康診査費用分をお支払いいたします。

**3. 請求について**

- |      |   |  |
|------|---|--|
| 請求用紙 | { | ・『健康診査ガイドブック』の請求書等の様式  |
|      |   | ・本組合のインターネットホームページに掲載の様式<br>*組合ホームページアドレス<br><a href="http://www.hokkaido.med.or.jp/kokuho/">http://www.hokkaido.med.or.jp/kokuho/</a><br>(助成金請求書の他、特定健康診査用入力票・質問票も掲載) |
|      |   | ・本誌の「様式」頁のコピーも使用可能   |
|      |   |  |

**1) 組合員が組合へ請求する場合**

提出書類：「健康診査助成金交付請求書」（様式第1号）・検査項目・領収書  
特定健康診査用入力票（又は健診結果の写し）・質問票

※自己の開設または勤務する医療機関で健康診査を実施した場合は、領収書に代えて金額が分かる書類（各検査項目の料金を記載したものなど）を添付してください。

**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**

提出書類：「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）  
検査項目・金額が分かる書類（実施機関の請求書など）  
特定健康診査用入力票（又は健診結果の写し）・質問票

※上記1) および2) で特定健康診査用入力票・質問票の添付が不要な場合

- ・ 40歳未満・75歳以上の方
- ・ 検査項目に特定健康診査基本項目が含まれていない場合
- ・ 特定健診の受診券を医療機関へ提出された方

**3) 自己の開設または勤務する医療機関で特定健康診査のみ実施した場合**

提出書類：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

◎健康診査のほか、「インフルエンザワクチン接種」・「歯科健診」の助成も行っております。

インフルエンザワクチンの接種をされた方は、「インフルエンザワクチン接種助成金交付請求書」によりご請求ください。

詳しくは、「健康診査ガイドブック」をご覧ください。

\*ご不明な点がございましたら、連絡先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

<b>健康診査助成金交付請求書</b>					
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	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 <span style="float: right;">㊟</span>				
	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 _____ <span style="float: right;">㊟</span>					
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    普通・当座・貯蓄                      口座番号 _____ (フリガナ)					
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

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 ⑩				
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 ⑩ 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 普通・当座・貯蓄 口座番号 (フリガナ)		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