



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)	令和元年9月まで	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
			令和元年10月から	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	

(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

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。

協会けんぽへのご加入、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

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) <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 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 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

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 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 口座名義	預金種別 口座番号	普 通 ・ 当 座 ・ 貯 蓄

〔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)までをお願いいたします。