

平成23年2月28日
兵庫県建築健康保険組合

平成23年度保健事業の実施について（お知らせ）

保健事業は、被保険者及び被扶養者に対する健康教育、健康相談、健康診査等を実施することによって被保険者等の健康の保持増進を図ることを目的とするものですが、本事業の推進が医療給付を適切なものとするにつながり、ひいては組合財政の安定化にも大きく寄与するものです。

平成23年度の保健事業の実施に当たっては、平成20年度から健康保険組合などの医療保険者に対し、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した特定健康診査・特定保健指導の実施が義務づけられたことを踏まえ、当該事業の推進を図ることとします。

また、今や日本人の2人に1人が癌に罹り、3人に1人は癌で死亡しています。癌は発見が早ければ早いほど、適切な治療で治すことができる病気です。早期の癌を発見するには、癌検診が極めて重要になりますので、癌検診の補助事業の推進を図ることとします。

その他、疾病予防関係事業を、積極的、かつ、重点的に実施することとしますので、事業主・被保険者・被扶養者の皆様のご理解とご協力を賜りますよう、よろしく願いいたします。

1 特定健康診査・特定保健指導事業

(1) 特定健康診査事業

- ・ 実施時期 年間
- ・ 40歳以上75歳未満の特定健康診査の受診対象となる被保険者・被扶養者について実施する。
 - ・ 被保険者
 - ・ 定期健康診断のなかで、特定健康診査を受診し、健診結果データを健康保険組合に提供していただくよう依頼する。
 - ・ 任意継続被保険者・被扶養者
 - ・ 健康保険組合は、受診対象者に受診券を交付する。
 - ・ 受診対象者は、健康保険組合が契約した健診実施機関に予約したうえ、受診券・健康保険被保険者証を提示し、受診する。
 - ・ 費用は、健康保険組合が全額負担する。
- ・ 健康保険組合は、特定健康診査を受診した者に対し、情報提供を行う。

(2) 特定保健指導事業

- ・ 実施時期 年間
- ・ 特定健康診査の結果により、特定保健指導対象者を選定し、健康保険組合の計画により実施する（面接・電話等）。
 - ・ 健康保険組合は、利用券を交付する。

- ・ 健康保険組合が契約した特定保健指導実施機関に委託する。
- ・ 動機付け支援、積極的支援
- ・ 費用は、健康保険組合が全額負担する。

平成 23 年度特定健康診査・特定保健指導実施対象者

任意継続被保険者

- 1 次のいずれの要件も満たした方
 - (1) 昭和 12 年 4 月 1 日から昭和 47 年 3 月 31 日までに生まれた方
 - (2) 平成 23 年 4 月 1 日以前に資格取得し、平成 24 年 4 月 1 日以後に資格喪失予定の方
- 2 次のいずれの要件も満たした方
 - (1) 昭和 11 年 4 月 2 日から昭和 12 年 3 月 31 日までに生まれた方で、誕生日の前日までの方
 - (2) 平成 23 年 4 月 1 日以前に資格取得し、平成 24 年 4 月 1 日以後に資格喪失予定の方

被扶養者

- 1 次のいずれの要件も満たした方
 - (1) 昭和 12 年 4 月 1 日から昭和 47 年 3 月 31 日までに生まれた方
 - (2) 平成 23 年 4 月 1 日以前に認定された方
- 2 次のいずれの要件も満たした方
 - (1) 昭和 11 年 4 月 2 日から昭和 12 年 3 月 31 日までに生まれた方で、誕生日の前日までの方
 - (2) 平成 23 年 4 月 1 日以前に認定された方

上記の任意継続被保険者・被扶養者のうち、被保険者の資格を喪失された方・被扶養者の認定を抹消された方は実施対象者ではなくなります。

2 保健指導宣伝事業

- (1) 機関紙発行
 - ・ 実施時期 毎月
 - ・ 「掲示板」(情報提供資料)を事業所に送付する。
 - ・ 事業主・被保険者・被扶養者に、「私の健康法」等、健康に関する投稿を依頼する。
- (2) 保健指導パンフレット等配布
 - ・ 実施時期 随時
 - ・ 健康づくりのためのパンフレット・ポスター等を配布する。
- (3) 母子保健指導書配布
 - ・ 実施時期 毎月
 - ・ 乳児の健康管理を目的とした月刊誌を、出産した被保険者・被扶養者に 1 年間配

布する。

- (4) 医療費通知（被保険者に対する通知）
 - ・ 実施時期 3月
 - ・ 被保険者・被扶養者の医療費についてのコスト意識を高め、健康管理に資することを目的として、被保険者（被扶養者分を含む。）に対して、実際に要した医療費の額等を通知する。
 - ・ 自己負担額で1万円以上の差額が発生するものについては、医療費通知に「*減額査定」と付記する。
- (5) ジェネリック医薬品使用促進通知
 - ・ 実施時期 9月、3月
 - ・ 被保険者・被扶養者の医療費についてのコスト意識を高め、患者負担の軽減や組合財政の改善を図ることを目的として、被保険者・被扶養者に対して、ジェネリック医薬品の使用に伴う自己負担額の軽減に係る内容を通知する。
- (6) 保険財政収支状況通知（事業主に対する通知）
 - ・ 実施時期 5月、8月、11月、2月
 - ・ 事業所ごとの保険財政収支状況を事業主が把握し、事業所における健康管理に資することを目的として、各事業所健康保険収支状況等資料を事業主に送付する。
- (7) 健康管理事業推進委員会開催
 - ・ 実施時期 9月、12月
 - ・ 健康管理事業の推進を図るため、健康管理事業推進委員会を開催する。
- (8) 健康管理委員研修会・説明会開催
 - ・ 実施時期 10月、3月
 - ・ 健康管理委員を対象として、研修会・説明会を開催する。
- (9) ホームページの管理・運営
 - ・ 実施時期 年間
 - ・ 事業主、被保険者、被扶養者に健康保険組合の情報を提供し、サービスの向上に努める。
- (10) 共同保健指導宣伝
 - ・ 実施時期 年間
 - ・ 健康保険組合連合会と共催で、保健指導宣伝活動を行う。
- (11) 組合設立記念事業
 - ・ 実施時期 7月
 - ・ 組合設立40周年を記念して、記念誌を発行し、被保険者等に配布する。

3 疾病予防事業

- (1) 短期人間ドック
 - ・ 実施時期 4月～翌年1月（申し込みは4月1日から12月22日まで）
 - ・ 平成23年4月1日現在35歳以上の被保険者・被扶養者を対象として、健診費用の一部を補助する。
 - ・ 特定健康診査の実施対象である被保険者・被扶養者については、必ず特定健康診査項目（検査項目・質問項目）が実施されるよう、事前に健診機関と調整する。
 - ・ 健康保険組合と契約した健診機関で受診する。健康保険組合と契約していない健診機関で受診する場合は、事前に健康保険組合と協議・調整を行うこと。
 - ・ 被保険者負担・被扶養者負担・組合補助

1泊2日ドック

被保険者負担 35,000円 (組合補助 参考 29,500円)

被扶養者負担 40,000円 (組合補助 参考 24,500円)

日帰りドック

被保険者負担 25,000円 (組合補助 参考 19,500円)

被扶養者負担 30,000円 (組合補助 参考 14,500円)

2時間ドック

被保険者負担 8,000円 (組合補助 参考 11,500円)

被扶養者負担 10,000円 (組合補助 参考 9,500円)

(2) 健診等の費用の補助

特定健康診査に係る定期健康診断補助【暫定事業】

- ・ 実施時期 4月～翌年2月(原則)
- ・ 対象者 平成23年度において、40歳以上75歳未満の年齢に達する被保険者を対象として、健診費用の一部を、事業主に補助する。
この補助事業においては、平成23年4月2日以降の被保険者資格取得者、平成23年4月2日以降の被保険者資格喪失者について、健診日に被保険者である者は、補助の対象とする。
- ・ 健診内容 労働安全衛生法に定める検査項目(必ず特定健康診査項目(検査項目・質問項目)を含む。)
- ・ 補助金 健診費用のうち、補助対象被保険者1人当たり、5,000円以内の実費に、健診結果データをXMLにより作成した費用の実費を加算した額
健診結果データは、「特定健康診査にかかる国の電子的標準様式(XML)により作成したフロッピー」(健診実施機関と要調整)を、健康保険組合として希望するが、困難な場合は、「紙の健診結果データ」でも差し支えないものとする。
- ・ 実施機関 事業主が希望する健診機関
- ・ 留意事項 短期人間ドックと特定健康診査に係る定期健康診断補助は併給可能とする。
- ・ 請求期限 所定の請求書により、原則として平成24年2月28日までに請求する。

郵送自己検診補助

- ・ 実施時期 9月
- ・ 対象者 被保険者・平成23年4月1日現在30歳以上(子宮頸癌検査は20歳以上)の被扶養者を対象として、検診費用の一部を補助する。
- ・ 内容 子宮頸癌検査、肺癌検査、大腸癌検査、胃癌検査、前立腺癌検査、B型肝炎検査(被保険者・被扶養者期間中に1回)、C型肝炎検査(被保険者・被扶養者期間中に1回)
- ・ 自己負担金 子宮頸癌検査 1,000円 (組合補助 1,430円)
肺癌検査 1,000円 (組合補助 1,800円)
大腸癌検査 500円 (組合補助 1,140円)
胃癌検査 1,000円 (組合補助 4,950円)
前立腺癌検査 1,000円 (組合補助 1,950円)

- B型肝炎検査 500円 (組合補助 1,500円)
 - C型肝炎検査 1,000円 (組合補助 2,500円)
 - ・ 業務委託 「郵送検診申込書」の受付、自己負担金の受領、検診、検診結果の通知を、業者(メスプ細胞検査研究所)に委託する。
- 癌検診補助
 - ・ 実施時期 4月～翌年2月
 - ・ 対象者 被保険者・平成23年4月1日現在30歳(子宮頸癌検診は20歳)以上の被扶養者を対象として、検診費用の一部を補助する。
 - ・ 補助対象 乳癌検診・子宮頸癌検診・肺癌検診・大腸癌検診・胃癌検診・腫瘍マーカー(PSA・CEA・AFP・CA19-9・CA125)
 - ・ 補助金 1癌検診(1腫瘍マーカー)ごとに、1人当たり3,000円以内の実費
 - ・ 実施機関 被保険者・被扶養者が希望する検診実施機関
 - ・ 請求期限 所定の請求書により、平成24年2月28日までに請求する。
- インフルエンザ予防接種補助
 - ・ 実施時期 9月～翌年2月
 - ・ 対象者 被保険者・被扶養者を対象として、接種費用の一部を補助する。
 - ・ 回数 2回まで
 - ・ 補助金 接種者1人につき
 - 1回接種した場合 1,500円以内の実費
 - 2回接種した場合 3,000円以内の実費
 - ・ 実施機関 被保険者・被扶養者が希望する医療機関
 - ・ 請求期限 所定の請求書により、平成24年2月28日までに請求する。
- (3) 事業所訪問保健指導事業
 - ・ 実施時期 随時
 - ・ 保健師等が事業所を訪問し、被保険者等の健康相談に応じ、必要な指導や助言を行う。
 - ・ 業者に委託する。
- (4) 健康ウォーキング運動表彰
 - ・ 実施時期 第1回 春季(5月1日～7月31日)
 - 第2回 秋季(9月1日～11月30日)
 - ・ 万歩計で計測し、3か月間で目標歩数(80万歩)を達成(自己申告)した被保険者・被扶養者に、第1回目・第2回目ごとに記念品を贈呈する。
- (5) 家庭常備薬の有料斡旋
 - ・ 実施時期 7月、11月
 - ・ 希望者に家庭常備薬を有料斡旋する。

支給決定伺	支給決定金額	常務理事	事務長	課長	係
平成 年 月 日	¥				

平成23年度	款	保健事業費	項	保健事業費	目	特定健康診査事業費
--------	---	-------	---	-------	---	-----------

特定健康診査に係る定期健康診断補助金請求書

健康保険被保険者証の記号	
事業所名称	
事業所所在地	
連絡先	担当者氏名 (印) 電話 ()
実施医療機関の名称	
実施年月日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
実施人数	人
実際に要した費用の合計金額	円 X M L データ作成費用分 円 (別掲)
補助金請求金額	円

上記のとおり特定健康診査に係る定期健康診断を実施しましたので、補助金を請求します。

平成 年 月 日

事業所所在地・名称

事業主氏名 (印)

兵庫県建築健康保険組合理事長 様

払渡希望の銀行名	預金種別	当座・普通	(フリガナ)
銀行 支店	口座番号		名義人

(留意事項)

- 平成23年度分の労働安全衛生法に基づく特定健康診査に係る定期健康診断に要した費用を対象として補助します。
- 平成23年度における特定健康診査実施対象被保険者1人当たり5,000円以内の実費に、健診結果データをXMLにより作成した費用の実費を加算した額を補助します。
- 実施医療機関は、事業主が希望する健診実施医療機関とします。
- この請求書は、次の書類等を添付し、原則として平成24年2月28日までに兵庫県建築健康保険組合に提出してください。
 - 所定の受診者名簿 (受診者が5名の場合は、受診者名簿のみで差し支えありません。)
 - 健診結果データ [特定健診に係る国の電子的標準様式(XML)により作成したフロッピー(健診実施医療機関に依頼を要する。)]又は紙の健診結果データとし、質問票を必ず添付してください。]

受診者名簿〔特定健康診査に係る定期健康診断補助金請求用〕

受診年月日	被保険者番号	被保険者氏名	生年月日	特定健康診査の健診項目の受診もれの有無	実際に要した費用の額	補助金請求額	担当者確認印
・ ・			昭和 年 月 日	1. 無 2. 有 ()	円	円	
・ ・			昭和 年 月 日	1. 無 2. 有 ()	円	円	
・ ・			昭和 年 月 日	1. 無 2. 有 ()	円	円	
・ ・			昭和 年 月 日	1. 無 2. 有 ()	円	円	
・ ・			昭和 年 月 日	1. 無 2. 有 ()	円	円	
・ ・			昭和 年 月 日	1. 無 2. 有 ()	円	円	
・ ・			昭和 年 月 日	1. 無 2. 有 ()	円	円	
・ ・			昭和 年 月 日	1. 無 2. 有 ()	円	円	
・ ・			昭和 年 月 日	1. 無 2. 有 ()	円	円	
計					円	円	

(留意事項)

1. 平成23年度において、40歳以上75歳未満の年齢に達する被保険者を補助の対象とします。なお、平成23年4月2日以降の被保険者資格取得者、平成23年4月2日以降の被保険者資格喪失者について、健診日に被保険者である者は、補助の対象とします。
2. 「特定健康診査の健診項目の受診もれの有無」欄は、該当する数字に 〇 を入れてください。なお、受診もれ有の場合は、もれている健診項目を()内に記入してください。

特定健康診査の健診項目

診 察	質問（問診）	別紙質問票のとおり	
	身体計測	身長	
		体重	
		腹 囲	
		B M I	
	理学的所見（身体診察）		
血 圧			
血中脂質検査	中性脂肪		
	HDL-コレステロール		
	LDL コレステロール		
肝機能検査	AST（GOT）		
	ALT（GPT）		
	-GT（-GTP）		
血糖検査	空腹時血糖		
	ヘモグロビンA1c（HbA1c）		
尿 検 査	蛋白		
	糖		
貧血検査	ヘマトクリット値		
	血色素量（ヘモグロビン値）		
	赤血球数		
心 電 図 検 査			
眼 底 検 査（両眼）			

...必須項目

...いずれかの項目の実施で可

...医師の判断に基づき選択的に実施する項目

記号番号	.
受診者氏名	本人 家族

質 問 票

	質 問 項 目	回 答
1 - 3	現在、a から c の薬の使用の有無	
1	a . 血圧を下げる薬	はい いいえ
2	b . インスリン注射又は血糖を下げる薬	はい いいえ
3	c . コレステロールを下げる薬	はい いいえ
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたりしたことがありますか。	はい いいえ
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたりしたことがありますか。	はい いいえ
6	医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析）を受けたりしたことがありますか。	はい いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	はい いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 （「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計 100 本以上、又は 6 ヶ月以上吸っている者」であり、最近 1 ヶ月間も吸っている者）	はい いいえ
9	20 歳の時の体重から 10kg 以上増加している。	はい いいえ
10	1 回 30 分以上の軽く汗をかく運動を週 2 回以上、1 年以上実施	はい いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を 1 日 1 時間以上実施	はい いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	はい いいえ
13	この 1 年間で体重の増減が ± 3 kg 以上あった。	はい いいえ
14	人と比較して食べる速度が速い。	速い ぶつう 遅い
15	就寝前の 2 時間以内に夕食をとることが週に 3 回以上ある。	はい いいえ
16	夕食後に間食（3 食以外の夜食）をとることが週に 3 回以上ある。	はい いいえ
17	朝食を抜くことが週に 3 回以上ある。	はい いいえ
18	お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度	毎日 時々 ほとんど飲まない（飲めない）
19	飲酒日の 1 日当たりの飲酒量 清酒 1 合（180ml）の目安： ビール中瓶 1 本（約 500ml）、焼酎 35 度（約 80ml）、 ウィスキーダブル 1 杯（60ml）、ワイン 2 杯（240ml）	1 合 1～2 合未満 2～3 合未満 3 合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	はい いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	改善するつもりはない 改善するつもりである（概ね 6 ヶ月以内） 近いうちに（概ね 1 ヶ月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている 既に改善に取り組んでいる（6 ヶ月未満） 既に改善に取り組んでいる（6 ヶ月以上）
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	はい いいえ

支給決定伺	支給決定金額	常務理事	事務長	課長	係
平成 年 月 日	¥				

平成23年度	款	保健事業費	項	保健事業費	目	疾病予防費
--------	---	-------	---	-------	---	-------

乳癌・子宮頸癌・肺癌・大腸癌・胃癌・腫瘍マーカー（PSA・CEA・AFP・CA19-9・CA125）

癌 検 診 補 助 金 請 求 書

被保険者証の記号・番号	事業所の所在地・名称				
記号	所在地				
番号	名称				
被保険者氏名					
受診者氏名・続柄	氏名			続柄	
癌検診を受診した医療機関の所在地・名称、受診した年月日並びに支払金額	医療機関	所在地			
		名称			
		受診年月日	平成	年	月 日
		支払金額	¥		

上記のとおり 乳癌・子宮頸癌・肺癌・大腸癌・胃癌・腫瘍マーカー（PSA・CEA・AFP・CA19-9・CA125）検診を受診しましたので、補助金を請求します。

平成 年 月 日

兵庫県建築健康保険組合理事長 様

〒

-

被保険者住所

被保険者氏名

印

委任欄	この補助金の受領を下記代理人に委任します。	平成 年 月 日
	被保険者氏名	印
	代理人 〔 事業所所在地及び 名称・事業主氏名 〕	（上記の請求書印と同一印） 印

払渡希望の銀行名	預金種別	当座・普通	(フリガナ) 名義人
銀行 支店	口座番号		

(留意事項)

- 被保険者及び平成23年4月1日現在、30歳（子宮頸癌検診は20歳）以上の被扶養者を対象として、癌検診費用の一部を補助します。該当する癌名等に を付けてください。
- 乳癌検診・子宮頸癌検診・肺癌検診・大腸癌検診・胃癌検診・腫瘍マーカー（PSA・CEA・AFP・CA19-9・CA125）を受診した場合、1癌検診（1腫瘍マーカー）ごとに、1人当たり3,000円以内の実費を補助します。なお、保険診療として癌検査を実施した場合は、補助の対象になりませんので、ご留意願います。
- 受診医療機関は、被保険者・被扶養者が希望する検診実施機関です。
- この請求書は、1癌検診（1腫瘍マーカー）ごとに、事業主を経由して、領収書（コピー可。レシート不可。）を添付し、平成24年2月28日までに兵庫県建築健康保険組合に提出してください。
- 補助金は、事務費の軽減等を図るため、事業所の所定の口座にまとめて振込みをさせていただきます。

(任意継続被保険者用)

支給決定伺	支給決定金額	常務理事	事務長	課長	係
平成 年 月 日	¥				

平成23年度	款	保健事業費	項	保健事業費	目	疾病予防費
--------	---	-------	---	-------	---	-------

乳癌・子宮頸癌・肺癌・大腸癌・胃癌・腫瘍マーカー（PSA・CEA・AFP・CA19-9・CA125）

癌検診補助金請求書

被保険者証の記号・番号		事業所の所在地・名称			
記号	900	所在地			
番号		名称			
被保険者氏名					
受診者氏名・続柄		氏名			続柄
癌検診を受診した医療機関の所在地・名称、受診した年月日並びに支払金額	医療機関	所在地			
		名称			
	受診年月日		平成	年	月 日
	支払金額		¥		

上記のとおり 乳癌・子宮頸癌・肺癌・大腸癌・胃癌・腫瘍マーカー（PSA・CEA・AFP・CA19-9・CA125） 検診を受診しましたので、補助金を請求します。

平成 年 月 日

〒 -

被保険者住所

被保険者氏名

印

兵庫県建築健康保険組合理事長 様

払渡希望の銀行名	預金種別	当座・普通	(フリガナ) 名義人
銀行 支店	口座番号		

(留意事項)

- 被保険者及び平成23年4月1日現在、30歳（子宮頸癌検診は20歳）以上の被扶養者を対象として、癌検診費用の一部を補助します。該当する癌名等に を付けてください。
- 乳癌検診・子宮頸癌検診・肺癌検診・大腸癌検診・胃癌検診・腫瘍マーカー（PSA・CEA・AFP・CA19-9・CA125）を受診した場合、1癌検診（1腫瘍マーカー）ごとに、1人当たり3,000円以内の実費を補助します。なお、保険診療として癌検査を実施した場合は、補助の対象になりませんので、ご留意願います。
- 受診医療機関は、被保険者・被扶養者が希望する検診実施機関です。
- この請求書は、1癌検診（1腫瘍マーカー）ごとに、領収書（コピー可。レシート不可。）を添付し、平成24年2月28日までに兵庫県建築健康保険組合に提出してください。

支給決定伺	支給決定金額	常務理事	事務長	課長	係
平成 年 月 日	¥				

平成23年度	款	保健事業費	項	保健事業費	目	疾病予防費
--------	---	-------	---	-------	---	-------

インフルエンザ予防接種補助金請求書

事業所の名称					
被保険者証の記号・番号	●				
	氏名	続柄	接種日(1回目)	接種日(2回目)	費用の合計金額
被保険者		本人	平成 年 月 日	平成 年 月 日	円
被扶養者			平成 年 月 日	平成 年 月 日	円
被扶養者			平成 年 月 日	平成 年 月 日	円
被扶養者			平成 年 月 日	平成 年 月 日	円
接種した医療機関名				合計	円
上記のとおりインフルエンザ予防接種を実施しましたので、補助金を請求します。					
兵庫県建築健康保険組合理事長 様				補助金請求金額	円
平成 年 月 日					
〒 -					
被保険者の住所					
被保険者の氏名				(印)	

委任欄	この補助金の受領を下記代理人に委任します。		平成 年 月 日
	被保険者氏名		(印)
	代理人 〔事業所所在地及び 名称・事業主氏名〕		(上記の請求書印と同一印) (印)

払渡希望の銀行名	預金種別	当座・普通	(フリガナ) 名義人
銀行 支店	口座番号		

(留意事項)

- 被保険者・被扶養者を対象として補助します。
- 接種者1人について、1回接種した場合は1,500円以内の実費を、2回接種した場合は3,000円以内の実費をそれぞれ補助します。
- 接種医療機関は、被保険者・被扶養者が希望する医療機関です。
- この請求書は、事業主を経由して、領収書(コピー可。レシート不可。)を添付し、平成24年2月28日までに兵庫県建築健康保険組合に提出してください。
- 補助金は、事務費の軽減等を図るため、事業所の所定の口座にまとめて振込みをさせていただきますので、ご理解とご協力をお願いします。

(任意継続被保険者用)

支給決定伺	支給決定金額	常務理事	事務長	課長	係
平成 年 月 日	¥				

平成23年度	款	保健事業費	項	保健事業費	目	疾病予防費
--------	---	-------	---	-------	---	-------

インフルエンザ予防接種補助金請求書

事業所の名称					
被保険者証の記号・番号	900・				
	氏名	続柄	接種日(1回目)	接種日(2回目)	費用の合計金額
被保険者		本人	平成 年 月 日	平成 年 月 日	円
被扶養者			平成 年 月 日	平成 年 月 日	円
被扶養者			平成 年 月 日	平成 年 月 日	円
被扶養者			平成 年 月 日	平成 年 月 日	円
接種した医療機関名				合計	円
上記のとおりインフルエンザ予防接種を実施しましたので、補助金を請求します。					
兵庫県建築健康保険組合理事長 様				補助金請求金額	円
平成 年 月 日					
〒 -					
被保険者の住所					
被保険者の氏名 印					

払渡希望の銀行名	預金種別	当座・普通	(フリガナ) 名義人
銀行 支店	口座番号		

(留意事項)

- 被保険者・被扶養者を対象として補助します。
- 接種者1人について、1回接種した場合は1,500円以内の実費を、2回接種した場合は3,000円以内の実費をそれぞれ補助します。
- 接種医療機関は、被保険者・被扶養者が希望する医療機関です。
- この請求書は、領収書(コピー可。レシート不可。)を添付し、平成24年2月28日までに兵庫県建築健康保険組合に提出してください。

「職場の健康づくり」のご案内

兵庫県建築健康保険組合では、加入事業所の被保険者の健康管理と健康の保持・増進のお手伝いとして、事業所へ保健師等を派遣します。

健康で明るい職場づくりのため、ぜひご利用ください。

健康相談・健康講習会に保健師等を派遣します。

保健師等に対する謝礼等は当健康保険組合が負担します。

様式「健康相談・健康講習会申込書」に必要事項を記入して、当健康保険組合へお申し込みください。

なお、日程については、保健師等の都合により、調整させていただく場合があります。

(様 式)

健康相談・健康講習会申込書						
日	時					
	第1希望	平成	年	月	日	時 分 ~ 時 分
	第2希望	平成	年	月	日	時 分 ~ 時 分
希望の項目	(該当する項目に を付けてください。)					
	1 健康相談			2 健康講習会		
人	数					
	男子	人		女子	人	合計 人
	平成	年	月	日		
	事業所所在地					
	事業所名称					印
	電話番号	()	-	
	担当者氏名					