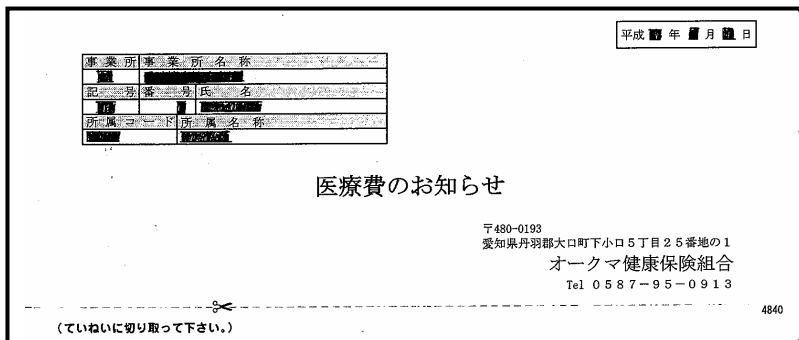


「医療費のお知らせ」(医療費通知)について

- 被保険者や被扶養者のみなさまが、医療機関や整骨院にかかったときの医療費は、実際はいくらかかっているのでしょうか。
外来・入院いずれも総医療費の3割(※1)の自己負担額を窓口で支払っていただいておりますが、それ以外は健保組合に請求され、みなさまと会社からいただく健康保険料から支払われ、総医療費はいくらだったのか、意識しにくいしくみになっています。
- そこで9月から、ご自分の医療費について、関心と健康管理に対する意識を持っていただくことを目的に、「医療費のお知らせ」を作成し、年4回(3月・6月・9月・12月)、事業所様を經由して配布いたします。(※2)
- 医療費の誤った請求や不審な請求があった場合、「医療費のお知らせ」のチェックによって発見できることがあります。ご不明な箇所がありましたら、健保組合までご連絡下さい。



※1 義務教育就学前までは2割、70歳以上75歳未満は1割または3割となります。
※2 「医療費のお知らせ」は3ヶ月分まとめて表示しています。
医療機関等からの請求は受診の2ヵ月後となるため、9月配布のものは4~6月受診分が対象です。(他の月の発行分も同じ間隔です)
3ヶ月毎の対象期間に、受診がない方の配布はありません。

ホームページのセキュリティについて

ユーザー名	okumakenpo
パスワード	保険者番号 ***** (数字8桁)

健康保険本人(被保険者) 平成 年 月 日交付 被保険者証 記号 番号	性別 男
氏名 生年月日 昭和 年 月 日 資格取得年月日 昭和 年 月 日	
事業所所在地 愛知県丹羽郡大口町下小口5丁目25番地1	
事業所名称 オークマ株式会社	
保険者所在地 愛知県丹羽郡大口町下小口5丁目25番地1	
保険者番号・名称	オークマ健康保険組合 ☎(0587)95-0913

- 当健保組合のホームページに、健保組合からのお知らせや各種申請書等を掲載し、多くの方にご利用いただいておりますが、セキュリティ強化のため、一部のコンテンツにID(ユーザー名)とパスワードを設定いたします。お手順をおかけしますが、ご理解とご協力をお願いいたします。
- 各種申請書については、ID・パスワードの設定はいたしません。

<パスワード>
保険者番号はこの8桁の数字です。
この数字を入力してください。

※セキュリティ開始日:
平成23年10月1日

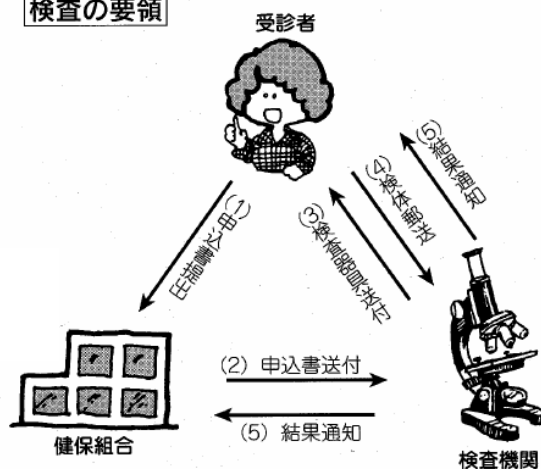
子宮頸がん検査実施のご案内

- 本年度も、疾病の早期発見および早期治療を目的に、「自己採取法」による子宮頸がん検査を下記の要領で実施いたします。
- 子宮がん（子宮頸がん）による死亡率は、検診技術や治療法の発達により減少していますが、20代の患者が増加するなど、若年層に広がる傾向があります。
- 今回おすすめする子宮頸がんの検査器具は、取扱いが容易で、安心して採取でき、ご自身の健康管理にも大いに役立ちますので、ぜひこの機会に検査を受診下さいますようお願いいたします。

記

- ① 申込方法：下記の申込書に必要事項を記入の上、健保組合もしくは各事業所の健保担当者までお申込み下さい。
 - ② 申込締切日：平成23年10月21日（金）必着
 - ③ 検査器具：平成23年11月下旬、自宅に郵送
 - ④ 費用：全額健保組合負担
（但し、申込んで受診されなかった場合は、検査器具の実費（660円）を負担いただきます）
 - ⑤ 受診対象者：20歳以上の被保険者及び被扶養者の女子
（共同巡回検診で子宮頸がん検査を受診された方は対象外となります）
 - ⑥ 検査結果：平成24年1月末までに検査機関から直接自宅に郵送
 - ⑦ 検査機関：株式会社メディック
愛知県尾張旭市庄南町3-3-1
TEL 052-773-1922
FAX 052-773-1985
- 以上

検査の要領



【個人情報及び検査結果の取扱いについて】

- ① オークマ健康保険組合と株式会社メディックは、今回のお申込みに関する個人情報をこの事業のみに使用し、それ以外の目的には使用いたしません。
- ② 検査結果については、みなさまの健康状態の把握及び保健指導等に活用するため、オークマ健康保険組合で保有します。

----- (切り取り線) -----

子宮頸がん検査申込書 (平成23年度)


オークマ健康保険組合 御中 (10月21日(金)必着)			保険証の記号—番号 —	
			従業員番号	所属
			被保険者氏名	内線
受診者氏名	生年月日	続柄	住 所	TEL
	昭和・平成 年 月 日 才	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)	〒 —	() —
	昭和・平成 年 月 日 才	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)	〒 —	() —

↑ 該当するところに✓をつけてください。

平成 23 年度インフルエンザ予防接種補助のご案内



- 疾病予防対策の一つとして、医療機関および市町村等で、インフルエンザ予防接種を受けられた方に対し、自己負担額の一部を補助いたします。
(接種の対象は、季節性・新型・混合のどれでも構いませんが、補助は接種対象期間に一人1回限りです)
詳細は次のとおりです。

補助対象者	被保険者（本人）及び被扶養者（オクマ健保加入者のご家族）
接種対象期間	平成 23 年 10 月 1 日～平成 24 年 2 月 29 日
補助額	補助対象者 1 人当たり 2,000 円（上記接種対象期間に一人 1 回限りの補助） ※接種料金（自己負担額）が 2,000 円以下の場合は実費補助となります。
申請期限	平成 24 年 3 月 12 日 ※申請期限を過ぎて「インフルエンザ予防接種補助金申請書」を健保組合へ提出されても、補助金は支給されませんのでご注意ください。
接種料金	接種料金は医療機関により異なりますので、事前に医療機関へ電話等でお問い合わせください。
予防接種から補助までの流れ	<ol style="list-style-type: none"> ① 希望の医療機関等に予約（電話）し、予防接種を受ける。 ② 接種後、医療機関等へ接種料金を支払い、領収書（接種者の氏名と金額、接種年月日、インフルエンザ予防接種を受けたことがわかる明細付き）を受け取る。 ③ 右記の「インフルエンザ予防接種補助金申請書」に必要事項を記入・押印のうえ、裏面に領収書（原本）を貼付して健保組合に申請（提出）する。 ※ インフルエンザ予防接種補助金申請書は、当健康保険組合のホームページからもダウンロードできます。 申請書ダウンロード先：http://www.okuma-kenpo.or.jp/todokede/pdf/influenza_sinseisho.pdf ※ 2 回接種が必要な場合は、2 回分の領収証を一緒に添付願います。 (1 回分で 2,000 円以上の場合は、1 回分だけの申請で結構です) ④ 当月 25 日までに受付したのものについては、翌月 25 日までに事業所を経由して補助金を被保険者へ支給する。
注意	<ul style="list-style-type: none"> ・ 領収書に接種者氏名の記載がない場合 ・ 領収書が世帯で発行される場合で、接種者氏名とそれぞれの接種金額の記載がない場合 ・ 領収書に「インフルエンザ予防接種代として」等の記載がなく、インフルエンザ予防接種を受けたことが明確でない場合 <p>※ 各事業所（会社）で実施されるインフルエンザの集団接種を受けられる方は、別途医療機関で予防接種を受けられても当健保組合からの補助は受けられません。</p>
	<p>注意 </p> <p>右記のケースは、不備のため「インフルエンザ予防接種補助金申請書」を受け付けられないのでご注意ください。</p>

インフルエンザ予防接種を受けましたので、補助金を申請いたします。

インフルエンザ予防接種 補助金申請書

(被保険者が記入するところ) ※予防接種を受けた医療機関等の名称の欄は、同一の医療機関であれば同上でも可とします。

被保険者証の		被保険者の氏名	フリガナ	
記号	番号		印	
職場名			内線番号	

区分	氏名		被保険者との続柄	予防接種を受けた医療機関等の名称	
	生年月日			接種日	接種1回分の支払金額
被保険者または被扶養者	接種者①	明治・大正 昭和・平成 年 月 日		平成 年 月 日	円
	接種者②	明治・大正 昭和・平成 年 月 日		平成 年 月 日	円
	接種者③	明治・大正 昭和・平成 年 月 日		平成 年 月 日	円
	接種者④	明治・大正 昭和・平成 年 月 日		平成 年 月 日	円
	接種者⑤	明治・大正 昭和・平成 年 月 日		平成 年 月 日	円
	接種者⑥	明治・大正 昭和・平成 年 月 日		平成 年 月 日	円

補助金支給方法	※当健保組合が当月25日までに受付したのものについて、翌月25日までに事業主を経由して支給します。
---------	---------------------------------------------------

(添付書類) 下記の内容を満たした領収書(原本)を裏面に貼付(のり付け)してください。

- ・接種者の氏名と金額、接種年月日、インフルエンザの予防接種であることがわかること
- ・領収書が世帯で発行される場合は、内訳(接種者氏名と金額)が記載してあること
- ・2回接種した場合は、領収書に1回ごとの接種金額が記載してあること

※申請期限：申請書に領収書を貼付し、3月10日(土日の場合は翌日)までに当健保組合または各事業所健保担当者へ提出してください。(申請期限を過ぎた場合、補助金の支給はできませんのでご注意ください)

(健保記入欄)

補助支給額					円	理事長	常務理事	事務長	担当者
事業所受付年月日		健保受付年月日		支払年月日		備考			

※補助金：1人当たり2,000円(上限)…年1回、接種10月～2月