

(ご家庭へ持ち帰ってみんなで読みましょう)

平成25年度インフルエンザ予防接種補助開始!

知って防ごう! かせ・インフルエンザ!!



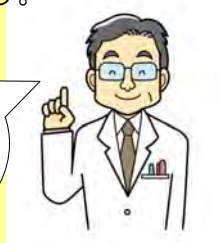
平成25年度インフルエンザ予防接種補助を開始いたします(詳しくは裏面参照)
そこで今回は、これからの季節に、かせ・インフルエンザにかからないようにするため、ご家庭でできる予防法をご案内します。

かせ・インフルエンザを予防するために必要なこと

外出後の手洗い・うがい

人が多く集まる場所から帰ってきた時、ドアノブやつり革、手すりなどを触った後など、こまめに手を洗いましょう。外出後の手洗い・うがいは、一般的な感染症予防のためにもおすすめます。

アルコールを含んだ消毒液で手を消毒するのも効果的です。



十分な休養と バランスのとれた食事

かせをひかない体をつくるには免疫力をつけることです。そのためには日頃から規則正しい生活と休養、バランスの良い食事です。

また、慢性疾患のある人は、薬をきちんと飲むなど、体調管理に努

めることも大切です。



適度な湿度を保つ

ウィルスは乾燥した空気を好みます。

特に乾燥しやすい室内では加湿器などを使って適度な湿度(50~60%)を保つことも効果的です。

洗濯物を室内に干すのもよい方法です。



人混みへの外出は、 控えるかマスクを着用!

インフルエンザが流行してきたら、とくに高齢者や慢性疾患のある人、疲労気味、睡眠不足の人は、人混みや繁華街への外出を控えましょう。不織布製のマスクを着用することも防御策となります。

インフルエンザを予防するため、 ワクチン接種は毎年必ず受ける!

予防接種は発症する可能性を減らし、もし発症しても重い症状になるのを防ぎます。

なお、ワクチンの効果は最大でも5ヶ月間程度しか持続せず、また、流行が予想されるウィルスのタイプが、年ごとに少しずつ変化するため、毎年流行前に接種することが重要です。

正しいマスクの付け方

- ①鼻と口の両方を確実に覆う
- ②ゴムひもを耳にかける
- ③フィットするように調節する



効果のないマスクの装着例
・鼻の部分にすきまがある
・あごが大きく出ている など

せきやくしゃみが
出るときは・

せきエチケット!

- ・せきやくしゃみが出るときは他の人から顔をそらせる
- ・マスクがないときはティッシュなどで口と鼻を覆う
- ・せきやくしゃみが出ている間はマスクをする

子宮頸がん検査実施のご案内

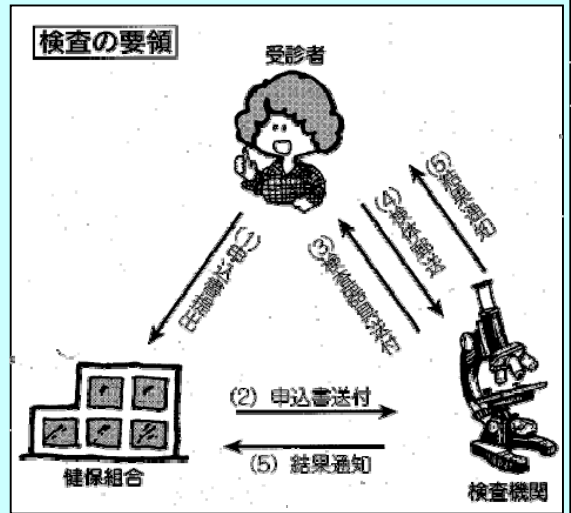
- 平成 25 年度も、子宮頸がんの早期発見および早期治療を目的に、「自己採取法」による検査を下記の要領で実施いたします。
- 子宮頸がんによる死亡率は、検診技術や治療法の発達により減少していますが、20 代の患者が増加するなど、若年層に広がる傾向があります。
- 今回おすすめする子宮頸がんの検査器具は、取扱いが容易で安心して採取でき、ご自身の健康管理にも大いに役立ちますので、ぜひこの機会に検査を受診くださいますようお願いいたします。

- 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ください。
- ② 申込締切日：平成 25 年 10 月 18 日（金）必着
- ③ 検査器具：平成 25 年 11 月下旬、自宅に郵送
- ④ 費用：全額健保組合負担
（但し、器具返送切手は本人負担）
※申込後に受診されない場合は、検査器具代金（1,050 円）はご本人負担となります。
- ⑤ 受診対象者：20 歳以上の被保険者及び被扶養者
（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 26 年 1 月末までに検査機関から直接自宅に郵送
- ⑦ 問い合わせ先：株式会社あまの創健 郵送検診窓口



0120-88-1216

※検査実施は登録衛生検査所（一般社団法人 半田市医師会健康管理センター）で行われます。
検査器具、結果通知も検査所より直接ご本人宛にお送りします。



【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、株式会社あまの創健及び一般社団法人半田市医師会は、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 25 年度)


オークマ健康保険組合 御中 (10月18日(金)必着)			保険証の記号一番号		—	
			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 25 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1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
接種対象期間	平成 25 年 10 月 1 日～平成 26 年 2 月 28 日
補助金	補助対象者 1 人当たり 2,000 円（上限） ※接種料金が 2,000 円未満の場合は実費補助となります。
申請期限	平成 26 年 3 月 10 日（月） ※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、補助金は支給でき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。
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、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もの）を受取る。 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、健保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 回接種の場合は、2 回分の領収証を一緒に貼付願います。 (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 日までに受付けしたものについては、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、別途医療機関で接種を受けられても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」を受付けられません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

※「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」で可。

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

区分	氏名		被保険者との続柄	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	昭和・平成 年 月 日		平成 年 月 日	円
	接種者②	昭和・平成 年 月 日		平成 年 月 日	円
	接種者③	昭和・平成 年 月 日		平成 年 月 日	円
	接種者④	昭和・平成 年 月 日		平成 年 月 日	円
	接種者⑤	昭和・平成 年 月 日		平成 年 月 日	円
	接種者⑥	昭和・平成 年 月 日		平成 年 月 日	円

補助金支給方法	※健保組合が当月25日までに受付けしたものについて、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日までに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			