

あしとの  
健 保  
プロジェクト



## 被扶養者の方が 勤務先で健康保険に加入したら 被扶養者から外す手続きを！！

平成 28 年 10 月 1 日から、健康保険の対象になる方の基準が変わり、パート・アルバイトなどで週 20 時間以上働く方も、健康保険の加入対象となります。これにより、被扶養者であるご家族が新たに勤務先の健康保険に加入する場合は、当健保組合に対して、被扶養者を外す手続きが必要となります。下記のチャートでご確認いただき、対象になる場合は、速やかに手続きをお願いします。

被扶養者の方はどちらに該当??

Q1: 次のすべてに当てはまりますか?

- 健康保険や年金の保険料を自身の給与から天引きされていない
- 雇用期間が 1 年以上見込まれる
- 勤務先の会社の従業員数は 500 人超である  
(従業員数: すでに健康保険の対象になっている従業員の人数)
- 現在、学生でない



↓ はい

Q2: 1 週間の労働時間は 20 時間以上ですか?

※ 残業時間は含めず、あらかじめ決まっている労働時間 (所定労働時間) をご確認ください。(雇用保険に加入している方は「はい」へ)



↓ はい

Q3: 1 か月の決まった賃金は 88,000 円以上ですか?

※ 賞与、残業代、通勤手当等含めず、毎月支給される額で考えます。



↓ はい

★被扶養者の勤務先の健康保険に新たに参加します。  
⇒ 当健保組合では被扶養者を外す手続きが必要です。

☆ これまでごおり当健保組合の被扶養者として継続されます。  
(手続きは不要です)

【被扶養者を外す手続き】

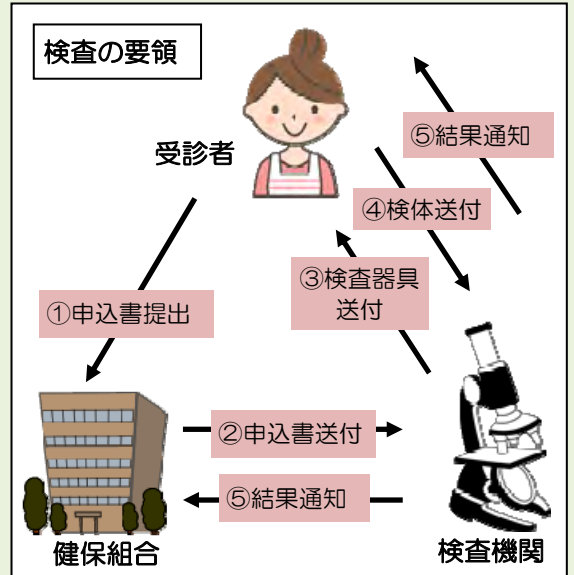
- ・「健康保険被扶養者 (異動) 届」を、当健保組合の健康保険証を添付して、事業所 (会社) 経由で、当健保組合に提出してください。
- ・他の健保組合の被保険者になった時点で、当健保組合の健康保険証は使用できません。使用した場合、窓口の自己負担額 (3 割～1 割) 以外の医療費 (7 割～9 割) をお支払いいただくこととなりますので、ご注意ください。



# 平成28年度子宮頸がん検査(自己採取)のご案内!

子宮頸がんの早期発見及び早期治療を目的に、「自己採取」による検査を下記の要領で実施します。  
 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うえ、当健保組合または各事業所の健保担当者までお申込みください。
- ② 申込期限：平成28年10月14日(金)必着
- ③ 検査器具：平成28年11月下旬、自宅に郵送
- ④ 費用：全額健保組合負担  
 (但し、検体送付の切手はご本人負担)  
 ※申込後に受診されない場合は、検査器具代金(1,080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  
 (共同巡回健診で子宮頸がん検査を受診された方及び当健保組合の「子宮がん検査等の補助」を申請された方は対象外となります)
- ⑥ 検査結果：平成29年1月末までに検査機関から直接自宅に郵送
- ⑦ お問い合わせ先：株式会社あまの創健 郵送検診窓口



## 【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。



※検査は登録衛生検査所(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、結果通知も検査機関から直接ご本人宛にお送りします。

## 子宮頸がん検査申込書 (平成28年度)

被保険者証の記号 — 番号 \_\_\_\_\_

オークマ健康保険組合 行  
 (10月14日(金)必着)

社員番号 \_\_\_\_\_ 所属 \_\_\_\_\_

被保険者の氏名 \_\_\_\_\_ 内線番号 \_\_\_\_\_

受診者氏名	生年月日	被保険者との続柄	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28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、医療機関及び市町村等で、インフルエンザ予防接種を受けた方に対し、自己負担額の一部を補助します。

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。

予防接種はインフルエンザを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ぐ効果があります。ワクチンの効果は最大でも5ヶ月間程度しか持続しません。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しますので、毎年接種することで効果が期待できます。



<b>補助対象者</b>	被保険者（本人）及び被扶養者
<b>接種対象期間</b>	平成28年10月1日～平成29年2月28日
<b>補助金額</b>	補助対象者1人当たり2,000円 ※接種料金が2,000円未満の場合は実費補助となります。
<b>申請期限</b>	平成29年3月10日（金） ※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」を当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。
<b>接種料金</b>	接種料金は医療機関により異なりますので、事前に医療機関へお問い合わせください。
<b>接種から補助までの流れ</b>	<p>① 希望の医療機関等に予約（電話等）し、接種を受ける。</p> <p>② 接種後、医療機関等で接種料金を支払い、領収書（接種者の氏名・金額・接種年月日・インフルエンザ予防接種を受けたことの記載があるもの）を受け取る。</p> <p>③ 右ページの「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、当健保組合または各事業所の健保担当者まで申請（提出）する。</p> <p>※ 「インフルエンザ予防接種 補助金申請書」は、当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：<a href="http://www.okuma-kenpo.or.jp/todokede/pdf/influenza_sinseisho.pdf">http://www.okuma-kenpo.or.jp/todokede/pdf/influenza_sinseisho.pdf</a>]</p> <p><u>※ 2回接種の場合は、2回分の領収書を一緒に貼付してください。</u> (1回分で2,000円以上の場合は、1回分だけの領収書で結構です)</p> <p>④ 当月25日までに当健保組合に到着した分を、翌月25日に各事業所を通して補助金を被保険者に支給する。</p>
<b>ご注意</b> 	<p><b>下記のケースは、不備のため「インフルエンザ予防接種 補助金申請書」を受け付けられませんのでご注意ください。</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・領収書に接種者氏名の記載がない場合</li> <li>・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</li> <li>・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</li> </ul> <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た方は、別途医療機関で接種を受けても、健保組合からの補助は受けられません。</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		