


(ご家庭に持ち帰ってみんなで読みましょう)

インフルエンザ予防接種補助が始まります！

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。

補助対象者	被保険者（本人）及び被扶養者
接種対象期間	2018年10月1日～2019年2月28日
補助金額	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。
申請期限	2019年3月8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。
接種料金	接種料金は医療機関により異なりますので、事前に医療機関へお問い合わせください。
接種から補助までの流れ	 <p>① 希望の医療機関等に電話等で予約し、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・<u>インフルエンザ予防接種を受けたことの記載</u>があるもの）を受け取る。</p> <p>③ 右面の「<u>インフルエンザ予防接種 補助金申請書</u>」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>※ 「<u>インフルエンザ予防接種 補助金申請書</u>」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：http://www.okuma-kenpo.or.jp/todokede/pdf/influenza_sinseisho.pdf]</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>
ご 注 意	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <p>下記の場合は補助ができません！ご注意ください！！</p> </div> <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	年 月 日		年 月 日	円
	接種者②	年 月 日		年 月 日	円
	接種者③	年 月 日		年 月 日	円
	接種者④	年 月 日		年 月 日	円
	接種者⑤	年 月 日		年 月 日	円
	接種者⑥	年 月 日		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8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			

2人に1人はがんにかかると言われています！

昭和56年から日本人の死因第1位はがんです。高齢化が進む日本においては、これからもがんにかかる人は増え続けると予想されます。

がんの早期発見のため、がん検診は大切なんですが・・・

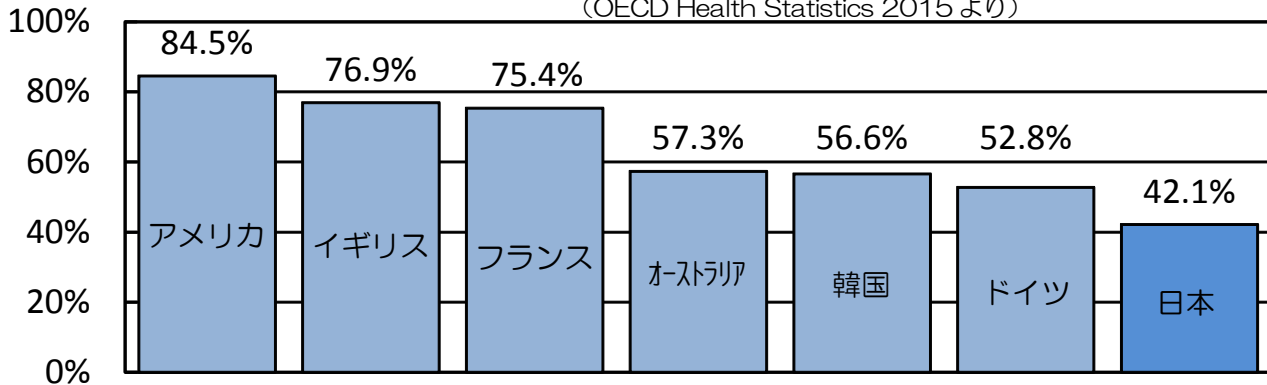
たとえば子宮頸がん検診の受診率は、先進国の中では・・・

日本のがん検診受診率は、現状、先進国の中では最低レベルです。そのため、がんと診断されるのは進行がんの人が多く、手遅れになる人も少なくありません。

がんは治せる時代です。早期発見のため、自覚症状のないうちに検診を受けましょう！

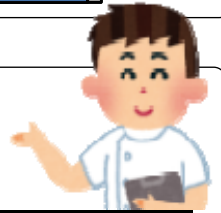
【国別の20歳から69歳の子宮頸がん検診受診率】

(OECD Health Statistics 2015より)



医療機関でがん検査を受けたときは補助があります！

医療機関で受診した乳がん・子宮がん・前立腺がんの検査に補助を行っています！
詳細は以下のとおりです。



検査	乳がん検査 (超音波検査、マンモグラフィ検査のいずれか1つ)	子宮がん検査 (子宮頸部細胞診検査、子宮体がん検診、超音波検査のいずれか1つ)	前立腺がん検査 (PSA検査)
対象者	女性被保険者及び女性被扶養者の35歳以上の希望者	女性被保険者及び女性被扶養者の20歳以上の希望者	男性被保険者及び男性被扶養者の50歳以上の希望者
補助金額	4,000円(※)	2,000円(※)	1,000円(※)
補助金の支給制限	<ul style="list-style-type: none"> 補助は各検査とも、年度(4月から翌年3月まで)に1人1回限りです。 共同(全国)巡回健診、右面の子宮頸がん検査(自己採取)、各事業所が実施する乳がん検査、健康保険証を使用した治療目的の検査は補助の対象外です。 		
補助金の申請方法	当健保組合のホームページから「がん検査補助金申請書」をダウンロードし、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ご提出ください。		
備考	領収書は受診者氏名、受診年月日、検査項目と検査項目ごとの金額がわかるものが必要です。(乳がん検査と子宮がん検査がセット料金で、検査項目ごとの金額が不明な場合は、子宮がん検査を2,000円とみなします。また、その他の補助対象の検査がセット料金になっている場合は、健保組合にご確認ください)		

(※) 検査費用が補助金額未満の場合は実費を支給します

◆訂正◆ 健保ニュース第204号「はり・きゅう、あんま・マッサージ・指圧の保険適用について」

2018年10月1日から法改正により下記の項目が変更になりましたので訂正いたします。

—訂正箇所— 裏側右ページ【申請の流れ】の以下の部分

1. 医師の同意 × 医師の同意の有効期間は**3か月**です ⇒ ○ 医師の同意の有効期間は**6か月**です
 4. 申請書の提出 × 初療の日から**3か月**を経過して ⇒ ○ 初療の日から**6か月**を経過して

自分でできる子宮頸がん検査(自己採取)もあります!

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：2018年10月12日(金)必着
- ③ 検査器具：2018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、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：2019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



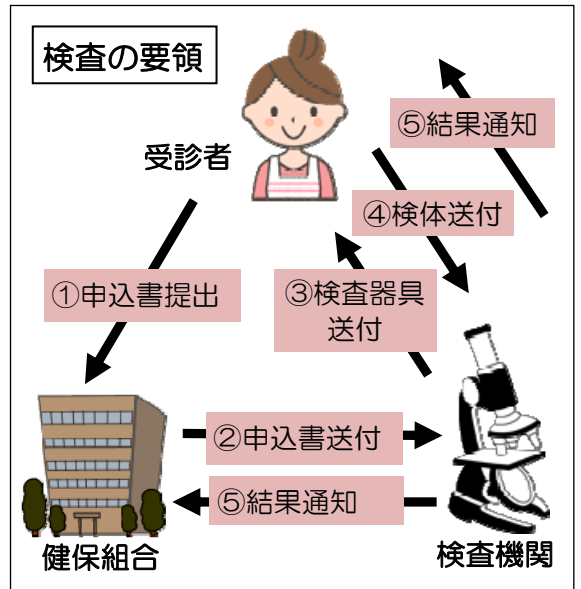
あまの創健

リーダィヤル



0120-88-1216

※検査は一般社団法人 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。



【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。

【来年度以降の事業に関するお知らせ】

子宮頸がん検査(自己採取)は、実施機関の事業終了に伴い、本年度をもって終了とさせていただきます。
来年度以降は、医療機関での医師採取による検査(健保組合からの補助は左ページ参照)をご利用くださいますようお願いいたします。

(切り取り線)

子宮頸がん検査申込書(2018年度)

オークマ健康保険組合 行 (10月12日(金)必着)	被保険者証の記号 — 番号 _____	—		
	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
	年 月 日 才	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)	〒 —	() —
	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。