



事 務 連 絡

平成 21 年 11 月 30 日

各 郡 市 医 師 会 御 中

福岡県医師国民健康保険組合



平成 2 1 年度健康診査委託料の請求について

晩秋の候、時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、標記について、本組合では、被保険者の健康管理の一環として、各医師会が実施する健康診査に対して、甲種組合員と 4 0 歳以上のその家族が健康診査を受けた場合、各医師会へ一人当たり 10,000 円の補助を行うこととしております。(費用額が 10,000 円未満の場合は、その要した費用額を補助)

つきましては、委託料を請求される医師会は、同封の下記書類にてご請求下さいますようお願い申し上げます。

なお、

- 1) 受診者名簿が不足する場合はコピーしてご使用下さい。
- 2) 被保険者記号番号が記載されていない場合は、委託料をお支払することができないことがありますので必ず記載して下さい。
- 3) 健康診査を特定健診と同時実施された場合は、特定健診以外の項目を請求して下さい。特定健診については、委託料の対象とはなりません。

記

- | | |
|------------------------|-----|
| 1. 平成 2 1 年度健康診査委託料請求書 | 1 部 |
| 2. 健康診査受診者名簿 | 1 部 |

小郡三井医師会より

会員福祉担当理事 永田正和
会長 丸山 泉

医師国保組合の甲種組合員とその家族(40歳以上)を対象に健診(特定健診を除く)を受けられた場合、補助が医師国保組合より支給されます。平成22年3月末までに健診を受けられましたら別紙受診者名簿にご記入いただき当医師会事務局へご提出下さい。

福岡県医師国民健康保険組合健康診査実施要項

目 的	甲種組合員とその家族の健康の保持増進を図るため、疾病の予防と早期発見による総合的健康管理を目的として実施する。
対 象 者	甲種組合員と <u>その家族（40 歳以上）</u> を対象とする。
実 施 期 間	毎年 4 月 1 日から翌年 3 月末日までの間とする。 但し、期間内に一人 1 回に限る。
検 査 項 目	一般健診等又は人間ドック。 <u>（※特定健診は除く）</u>
実 施 方 法	1. 実施は各医師会に委託して行う。 2. 実施医療機関及び実施期日は各医師会に一任する。 3. 検査料は各医師会と医療機関の間で定める。
委 託 料	組合はこの健康診査に要した費用のうち、受診者 1 人につき、 10,000 円 を各医師会に支給する。ただし、費用額が 10,000 円未滿 の場合は、その要した費用額を支給する。
委 託 料 の 請 求	健診終了後、各医師会会長は受診者の委託料を一括して組合に請求する。請求書及び受診者名簿は別紙のとおりとする。

平成21年度 健康診査受診者名簿

No.	被保険者証記号番号※	被保険者氏名	実施年月日	実施医療機関等名称	健康診査に要した費用額(円)※
	福医 —		年 月 日		
	福医 —		年 月 日		
	福医 —		年 月 日		
	福医 —		年 月 日		
	福医 —		年 月 日		
	福医 —		年 月 日		
	福医 —		年 月 日		
	福医 —		年 月 日		
	福医 —		年 月 日		
	福医 —		年 月 日		
	福医 —		年 月 日		
	福医 —		年 月 日		
	福医 —		年 月 日		
	福医 —		年 月 日		
	福医 —		年 月 日		
	福医 —		年 月 日		
	福医 —		年 月 日		
	福医 —		年 月 日		
	福医 —		年 月 日		
	福医 —		年 月 日		
	福医 —		年 月 日		
	福医 —		年 月 日		

※被保険者証記号番号(9桁)は、必ず記入して下さい。記入がない場合は、委託料を支給できないこともあります。

※健康診査に要した費用額が、1万円未満の場合、その費用額を記入して下さい。

※健康診査を特定健診と同時実施された場合は、特定健診以外の項目を請求して下さい。

特定健診については、委託料の対象とはなりません。