

2020年度（2020年4月1日～2021年3月31日）

保健事業について

石原産業健康保険組合では被保険者・被扶養者の方々の健康管理にお役立ていただけるように保健事業を行っています。

皆様の健康のためにぜひ利用してください。

2020年2月

石原産業健康保険組合

TEL 059-345-6265・FAX 059-345-6266

E-mail isk-kenpo@iskweb.co.jp



ご利用の際は次の点にご注意ください

1. 設定の年齢は2020年度（2020年4月1日～2021年3月31日）に到達する年齢です。
2. 同年度内に同じ内容の検査の補助を複数回受けることはできません。
そのため、**人間ドックの補助を受ける(た)方は、同年度内に他の検診（市町村検診・郵送がん検診・被扶養者の特定健診等）の補助は申請できません。**
3. 申請には領収証等の書類が必要です。
それぞれの「👉 注意点」を確認の上、正しく申請してください。
4. 期限（健保必着）を過ぎると受付できません。
それぞれの事業地から送付される場合はご注意願います。

各自受診後の申請（注意事項をご確認の上受診してください）

(1) 人間ドック受診補助

- ・対象者 35 歳以上の被保険者・被扶養者、および 30 歳の被扶養者



30 歳になる被扶養者の方も補助対象です

（1990 年（平成 2 年）4 月 1 日～1991 年（平成 3 年）3 月 31 日生の被扶養者の方）

補助を希望する場合は、対象であるか必ず受診前に
健康保険組合に確認してください。

（30 歳になる被保険者の方は事業所ごとに実施する検診を受診してください）

- ・対象ドック 基本検査項目を含む人間ドック ※年度内 1 回に限る

★ 次の場合は補助対象外 ★

- ・脳ドック等、特定部位のみを受診するもの
- ・医療機関で設定された検査項目のうち受診しない項目がある場合（胃検診を除外する等）

- ・受診期間 2020 年 4 月～2021 年 2 月末迄に受診（3 月受診は対象外）
- ・申請期限 2021 年 3 月 31 日健保必着（結果到着後すみやかに申請願います）
- ・補助金額 上限 20,000 円（受診料が設定上限金額に満たない場合は実費を補助）
※ 30 歳の被扶養者に限り上限 35,000 円
- ・受診・申請方法 ①各自予約の上受診し、人間ドック代金と記載された領収証を受け取る。
②健診結果到着後、『人間ドック受診補助申請書』に必要事項を記入の上、①の領収証（正）と健診結果のコピーを添付して健保に提出。



ご注意点

人間ドックの補助を受ける（た）方は、他の検診の補助は受ける
ことができませんのでご注意ください。

また、治療を受けているから胃の検査は受けない、費用が安く
済むから胃の検査だけ市町村検診で受診する、等は補助の対象
となりません。

検査の結果、要精密検査・要治療等と診断された場合は必ず医療機関に
受診の上、必要な検査、治療を受けてください。

(2) インフルエンザ予防接種補助

- ・対 象 者 被保険者・被扶養者
- ・対象予防接種 インフルエンザ（皮下接種）
〔 13 歳以上は 1 回まで
13 歳未満は 2 回にわけて接種するため 2 回とも補助対象 〕
- ・接種期間 2020 年 10 月 ～ 2021 年 2 月
(効果が期待できる時期に接種してください)
- ・申請期限 2021 年 3 月 31 日健保必着（接種後すみやかに申請願います）
- ・補助金額 予防接種費用を全額補助
- ・受診・申請方法 ①各自医療機関で接種し、接種した人の氏名、一人 1 回分の代金が明記された領収証を受け取る。（複数人の合算額のみは不可）
②『インフルエンザ予防接種補助申請書』に必要事項を記入の上、1 世帯まとめて（2 回接種の方は 2 回目もあわせて）領収証を添付して健保に提出。



ご注意点

- ・領収証の宛名は接種を受けた方のお名前が発行してもらってください。複数人で 1 枚の領収証の場合は全員の氏名とそれぞれの金額の記入が必要です。
(石原産業健康保険組合や事業所名あての領収証は不可)
- ・領収証には、『インフルエンザ予防接種』の明記が必要です。
「予防接種」のみや、「保険外」という記載では種類が特定できないため補助の対象となりません。

(3) 市町村検診補助

- ・ 対 象 者 市区町村が設定する条件に該当する被保険者・被扶養者
- ・ 対象検診 がん検診（胃・大腸・肺・乳房・子宮等）等の市区町村が実施する検診
 ※同内容の検査は年度内 1 回に限ります
 人間ドックの補助を受ける(た)場合や、(4)の大腸がん・子宮がん検診で同様の検診を受ける(た)場合は対象外。
- ・ 受診期間 市区町村が年度毎に設定する期間
- ・ 申請期限 2021 年 3 月 31 日健保必着（受診後すみやかに申請願います）
- ・ 補助金額 受診料を全額補助
- ・ 受診方法 ①各自予約の上受診して、市区町村が発行する領収証または、市区町村が実施した検診の受診料であることが明記されている領収証を受け取る。（受診者氏名も明記）

 ②『市町村検診受診料等支給申請書』に必要事項を記入の上、①の領収証(正)を添付して健保に提出



ご注意点

- ・ 領収証には
 実施自治体の名称
 検診の種類（胃がん検診 等）
 受診者の氏名（被扶養者が受診した場合は被扶養者名）
 の記載が必要です。
 集団検診ではなく、個別に提携医療機関で受診された場合、領収証には上記の記入がないことが多いため『〇〇市胃がん検診として』等の追記を依頼するか、別途、記載の料金が自治体実施の検診の費用であると確認できるもの(申込時の案内パンフレットやHP等に掲載されている費用、提携医療機関等が確認できるページを印刷したもの)を併せて提出してください。
 領収証のみで、市町村検診であることが確認できるものがない場合は健保にご相談ください。

検査結果の添付は不要ですが、検査の結果要精密検査・要治療等と診断された場合は必ず医療機関に受診の上、必要な検査、治療を受けてください。

(4) 大腸がん・子宮頸がん検診

- ・対象者 18歳以上の被保険者・被扶養者
- ・対象検診 大腸がん・子宮頸がん検診
※人間ドックを受診し補助を受ける(た)場合や、市町村検診で
同内容の検診を受診し補助を受ける(た)場合は対象外。
- ・受診期間 2020年6月～12月予定（配布する申込書を確認してください）
- ・申込期間 健保から社内で申込書を配布しますので、記載の期間内に申込
してください。（任意継続の方は自宅に案内を郵送します）
- ・補助金額 受診料を全額補助します。
ただし、検体を返送する郵送料は自己負担となります。
そのほか、申込後期限までに受診しなかった場合は検診キット代
を請求させていただきます
- ・受診方法 ①申込後、検診機関から検診キットが自宅に届きますので
検体を採取して検診機関に返送してください。
②結果は自宅に直送されます。
- ・委託機関 メスブ細胞検査研究所



ご注意点

- ・検査キットを受け取ったら、早めに受診してください。
- ・申込できるのは 石原産業健康保険組合の保険証が発行されて
いる被保険者と被扶養者です。
別の健康保険に加入するご家族は対象外ですのでご注意ください

(5) 生活習慣病検診(胃・腹部超音波・眼底)

- ・対象者 30歳および35歳以上の被保険者(任意継続被保険者は対象外)
- ・対象検診 眼底検診・胃透視(バリウム)検診・腹部超音波検診
※人間ドックを受診し補助を受ける(た)場合は対象外です。
- ・受診期間 事業所ごとに設定
- ・申込期間 事業所ごとに設定
- ・補助金額 自己負担はありません
- ・受診方法 検診実施日や前日の食事制限等に注意して受診してください。
- ・委託機関 事業所により異なる



ご注意点 人間ドックの補助を受ける(た)場合は受診できません。

(6) 特定健診

- ・対象者 40歳以上の被保険者・被扶養者
- ・対象検診 特定健診(診察・血液検査・尿検査等 メタリックソルト・ロームに着目した健診)
※人間ドックを受診し補助を受ける(た)場合は対象外。
- ・期 間 被保険者…事業所で実施する法定検診の際に併せて実施
被扶養者…対象者の自宅に健診のご案内を送付しますので記載
の期間内に申込してください。(6月~12月の予定)
- ・補助金額 自己負担はありません
- ・受診方法(被扶養者) ご自宅に届く案内にしたがって電話・FAX・WEB等で
申込後受診してください。
- ・委託機関 ホームネット株式会社
株式会社法研関西



ご注意点 申込後の予約の変更・キャンセルは必ずホームネット㈱に連絡願います。(個人で直接医療機関に連絡すると自己負担金が発生します)

該当する方に直接お届け（申請不要）

(7) 月刊『赤ちゃん和妈妈』の無料購読

- ・対象者 第1子を出産した被保険者、被扶養者
- ・補助内容 赤ちゃんの健康や離乳食、パパ、ママの健康にも役立つ情報などが掲載された月刊『赤ちゃん和妈妈』を1年間無料で自宅に送付します。（第1回目には初めてのパパ、ママに役立つ冊子も併せて送付）
- ・申請期間 申請不要
出産育児一時金の発生により発送手続きをしますので
出産後2～4ヵ月後に発送開始となります。
- ・委託機関 株式会社赤ちゃん和妈妈社

各自開始前に申請

(8) 禁煙外来補助

- ・対象者 保険治療適用条件を満たした禁煙外来治療を受け、治療終了から3か月以上経過し『卒煙』した在職中の被保険者
- ・補助内容 自己負担額の50%を上限として補助(1,000円未満切捨)1回限り
- ・申請方法 ①禁煙開始後1ヵ月後までに『[禁煙サポートプログラムエントリーシート](#)』を
事務所(健保担当)経由して健保に提出(禁煙宣言)
②12週間計5回の治療が終わって3ヶ月以上経過した後も
禁煙が継続(卒煙)していた場合、『[補助金申請書兼卒煙証明書](#)』
を事業所(健保担当)経由して健保に提出(上司・家族など、2名の証明が必要)
- ・注意事項 添付資料として 禁煙治療に該当する領収証および明細書が必要
次の場合は補助の対象外となります
 - ・最終治療日から6ヶ月以内に②の申請書の提出がない場合、
 - ・5回の治療が完了する前に中止した場合
 - ・当健保の資格を喪失した場合

