

ご家庭に持ち帰り、ご家族とご一緒にお読みください

健保だより

2022年9月

第238号

広島県自動車販売健康保険組合

〒733-0036 広島市西区観音新町2-4-25 TEL (082) 292-8643 FAX (082) 292-8779
<http://hj-kenpo.or.jp>

10月は健康強調月間です！ 今日から始める健康生活！

健康保険組合の連合組織である健康保険組合連合会では、健康への意識を高めていただくために、毎年10月を「健康強調月間」と定めています。ご自身の健康に関心を持ち、生活習慣を改善して健康な毎日を手に入れましょう。

インフルエンザ予防接種の費用補助のご案内

新型コロナウイルス感染症の流行以来、マスクの着用や手洗いなど感染予防が徹底されたことで、この2年間はインフルエンザの流行は落ち着いていました。しかし、南半球のオーストラリアで秋から冬に当たる時期にインフルエンザの発症者数が急増したことから、今年は日本でもインフルエンザの流行が心配されています。

健康保険組合では、今年度もインフルエンザ予防接種費用の助成事業を実施しますので、ぜひ予防接種を受け、インフルエンザの予防と重症化の防止を心がけていただきますとともに、助成事業をご利用くださいますようお願いいたします。

令和4年度インフルエンザ予防接種助成事業実施要領

- | | |
|------------|--|
| 1 対象者 | 被保険者及び被扶養者 |
| 2 助成対象期間 | 令和4年10月1日から令和5年1月31日までに接種されたもの |
| 3 助成額 | 1人につき期間中1回限りで1,000円
(実費相当額を限度とし、2回接種による方法の場合は2回で1回とみなします。) |
| 4 申請手続 | 令和5年2月28日(火)までに、裏表紙「インフルエンザ予防接種助成金申請書」に領収書を添付して、事業所の健康保険事務担当者または直接健康保険組合へ申請してください。 |
| 5 助成金の支給方法 | 被保険者宛てに、被扶養者分も含め「為替証書」を郵送しますので、お近くの郵便局で現金に引き替えてください。 |

特設ウェブサイト公開のお知らせ『健保連オリジナルキャラクター「健と保」』

アニメ『健康保険劇場「健と保」』(全8話)をご覧いただけるほか、健康保険に関するクイズや解説コーナーなど、健康保険について楽しく学ぶことができるコンテンツを健康保険組合連合会から順次公開される予定です。



うがい薬・マスク等を配布します。

健康保険組合では、かぜ・インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症予防対策の一つとして、被保険者の皆さまにうがい薬、マスク・ハンドソープ等を配布します。

日頃のうがいやこまめに手洗いを励行することが、感染予防対策に効果を発揮します。



家庭常備薬を幹旋します。

健康保険組合では、家庭常備薬などを幹旋しますので、ご家庭の救急箱を点検のうえ、ご使用済みの医薬品などを補充し、いざという時のため、準備されておくことをお勧めします。

今回の幹旋では、かぜなどの治療薬、インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症予防の商品を低廉な価格でご提供していますので、是非この機会をご利用ください。



歯周病検査のお知らせ

20歳以上の被保険者・被扶養者を対象に郵送式の歯周病検査を実施します。検査内容や申込方法は今回同封しているチラシをご参照ください。

ジェネリック医薬品利用促進のお知らせを送付します。

医療費節減に大きな効果があることから安価で安全なお薬に切り替えてみてはいかがでしょうか。お気軽にかかりつけ医や薬局でご相談されますようお願いします。

短時間労働者に対する健康保険・厚生年金保険の適用拡大について

令和4年10月から社会保険の加入対象となる企業の範囲が拡大され、一部のパート・アルバイトの方の社会保険の加入が義務化されます。現在は従業員数501人以上の企業が社会保険の加入対象ですが、令和4年10月からは従業員数101人以上の企業が対象となります。

なお、新たに加入対象となるのは、次の4つの条件をすべて満たすパート・アルバイト等の方です。

- ① 週の労働時間が20時間以上
- ② 月額賃金が8万8千円以上
- ③ 2ヵ月を超える雇用見込みがある
- ④ 学生ではない

被扶養者の方が社会保険加入となられましたら、「被扶養者異動届」に保険証を添付して会社を通じて届け出してください。

公 告

第340号	令和4年6月27日	●組合会互選議員選挙の執行について	
第341号	令和4年7月7日	●組合会互選議員立候補者及び議員選挙の無投票について	
第342号	令和4年7月11日	●組合会互選議員当選決定及び就任について	令和4年7月11日就任 小嶋 茂雄 (株)日産サティオ福山

健康保険組合の現況 (令和4年7月末現在)

1. 事業所数 17社	4. 平均年齢 40.81歳 (男41.81歳、女36.05歳)
2. 被保険者数 4,085人 (男3,378人、女707人)	5. 被扶養者数 3,902人
3. 平均標準報酬 360,589円 (男382,790円、女254,512円)	6. 前期高齢者数 218人

無料
期間限定

大腸がん検診・HPV検査のご案内

健康保険組合では、皆様の健康管理のお手伝いとして、ご自宅で簡単にできる郵送検診を実施しています。今年度の検査項目は、①大腸がん検診と②HPV(ヒトパピローマウイルス)検査です。HPVは子宮頸がんの原因とされるウイルスです。子宮頸がんの予防及び大腸がんの早期発見・早期治療のため、この機会を利用して一人でも多くの方が受診されますようお願いいたします。

記

検査項目	検査方法	対象年齢	備 考
大腸がん検診	便潜血検査	●35歳以上(令和5年3月31日現在)	2日分の便を採取します。食事制限不要。
HPV検診	ウイルス検査	●20歳以上(令和5年3月31日現在)	妊娠中の方は検査の申込ができません。 乳がん自己触診チェッカー1枚同封

NEW

- ① 検診費用 全額健康保険組合が負担します。個人負担はありません。
- ② 申込方法 下記申込書に必要事項をご記入の上、健康保険組合までFAX又は郵送でお申送ください。
- ③ 申込締切日 **令和4年10月31日(月)** できるだけ早めに申込んでください。
- ④ 器具の送付 申込締切後、取りまとめて検査機関へ申込書を送付します。器具の送付は11月中旬以降になります。説明書をよく読み、問診票と採取した器具を同封の封筒に入れ、ポストに投函してください。
- ⑤ 返送締切日 検査機関への器具郵送は**令和4年12月15日(木)**までです。
検査器具を検査機関へ返送しない場合は、健康保険組合が負担する器具代金等の費用が無駄になりますので、**検査器具を必ず返送する意志を持って申込してください。**
- ⑥ 検査結果 検査の結果は約3週間で個人宛に通知されます。
結果が陽性の方には、検査機関からの受診勧奨もあります。必ず精密検査を受けてください。また、病院紹介、紹介状の作成(無料)も可能です。直接下記の検査機関にお問合わせください。
- ⑦ 検査機関 〒604-0827 京都市中京区高倉通二条下ル瓦町550メスビル内
メスブ細胞検査研究所(京都府登録衛生検査所第38号) TEL(075)231-2230(平日9時~17時)

◎申込書にご記入いただいた個人情報、当健康保険組合の「個人情報保護管理規程」等に基づき慎重に取扱い、郵送がん検診以外の目的では使用いたしません。

キ リ ト リ

令和4年 月 日

広島県自動車販売健康保険組合 御中
〒733-0036 広島市西区観音新町2-4-25
FAX:082-292-8779

保険証の 記号		保険証の 番号	
被保険者氏名			

受診者氏名	送付先住所および電話番号	続柄	生年月日(西暦) 性別・年齢	希望する検査に ○印をつけてください
フリガナ	〒 - TEL() -	本人 家族	西暦 年 月 日 (歳)男・女	大腸・HPV
フリガナ	〒 - TEL() -	本人 家族	西暦 年 月 日 (歳)男・女	大腸・HPV

〔ご注意〕この申込書に書かれた住所・氏名に検査器具と送付いたしますので、正しくはっきり書いてください。
対象者が3名以上の場合はコピーしてお申送ください。

※支給決定欄	伺年月日	令和 年 月 日					常務理事	事務長	係長	係員	係員
	支給決定額					円					
	助成金申請資格 確認年月日		令和 年 月 日					内 訳	被保険者	被扶養者	合計
									名	名	名

※この欄は健康保険組合記入欄につき記入しないでください。

インフルエンザ予防接種助成金申請書

被保険者記号番号	-				被保険者氏名										
事業所名															
自宅の住所 及び連絡先	〒				-										
	住所														
	電話番号 - -														
予防接種を 受けた方の氏名									続柄						
									続柄						
									続柄						
									続柄						
									続柄						

【注意事項】

1. 対象期間
- 令和4年10月1日から令和5年1月31日までに接種されたもの
2. 申請期限
- 令和5年2月28日(火)まで
3. 助成金額
- 対象期間中に一人1回、1,000円を限度として助成します。
(2回接種による方法の場合は2回で1回とみなします)

【添付書類】

医療機関等で予防接種を受けた人の氏名、接種年月日、インフルエンザ予防接種であることが、記載された領収書を添付してください。

令和 年 月 日

受付日付印

上記のとおり申請します。

広島県自動車販売健康保険組合 殿