

おおいた

社内で回覧・掲示をお願いします。

定期健康診断(事業者健診)結果データの提供にご協力ください

労働安全衛生法に基づく定期健康診断(事業者健診)を利用している事業所様は、協会けんぽへ健診結果データをご提供ください。

対象者 定期健康診断(事業者健診)を受診した協会けんぽの加入者

健診結果を提供するメリット

健康保険料率に反映されます

インセンティブ制度の評価指標の一つである「特定健診等の受診率」に反映され、皆さまにご負担いただいている健康保険料率の引き下げにつながる可能性があります。

Q 協会けんぽ大分 インセンティブ制度



特定保健指導が受けられます

健診結果により、生活習慣の改善が必要と判定された方は、保健師等の健康づくりの専門家による健康サポートが無料で受けられます。



健診結果データの提供に関する業務を外部委託しています。

外部委託業者から連絡がございましたら、ご協力くださいますようお願いします。

委託業者名

小野高速印刷株式会社 (大分市)

医療のかかり方をチェック!上手な受診で医療費節約!

はしご受診をしない

同じ病気や症状の治療のために複数の医療機関にかかることを「はしご受診」といいます。

はしご受診をすると、医療費がかさむだけでなく、同じ検査や投薬が繰り返され、体にも負担がかかります。



診断や治療方針などに不安や疑問点があれば、まずはその医師に伝えましょう

いきなり大病院に行かない

大病院は本来、高度な検査や治療が必要な患者に対応するところです。

緊急時を除き、紹介状なしで大病院を受診すると、7,000円以上の特別料金(全額自己負担)がかかります。

※大病院とは、病床数200床以上の病院などを指します。



まずはかかりつけ医を受診し、必要に応じて紹介状を書いてもらいましょう

時間外受診は控える

夜間や休日は、緊急性の高い重症患者などに対応する時間帯であり、医療費が割増になっています。

また、夜間や休日は医療体制が縮小されているため、限られた治療しか受けられず、平日の診療時間内にあらためて受診が必要となる場合もあります。

受診する時間帯	割増額 (初診)	割増額 (再診)
時間外 (平日 6時～8時 / 18時～22時 土曜 6時～8時 / 12時～22時)	+850円	+650円
休日 (日曜、祝日、年末年始)	+2,500円	+1,900円
深夜 (22時～翌6時)	+4,800円	+4,200円

※支払額は自己負担割合(2割または3割)によります。

こどもの病気やケガで受診すべきか迷ったときは

大分県子ども救急電話相談
#8000(097-503-8822)

相談
時間

月曜～土曜: 19時～翌8時
日曜・祝日: 9時～17時 19時～翌8時

電話で看護師に
相談できます



緊急時などやむを得ない場合を除き、平日の診療時間内に受診しましょう

各種申請書についてのお願い

協会けんぽでは、**各種申請書のスキャナでの読み取り**を行っています。
速やかな処理のため、次の点にご理解とご協力をお願いします。



各種申請書を提出するときは…

申請書は

- ・協会けんぽのホームページから印刷したもの または、
- ・協会けんぽから取り寄せたもの をご利用ください。

申請書の印刷はこちら

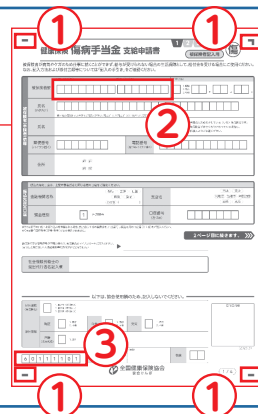
Q 協会けんぽ 申請書



- 申請書をコピーして使わないでください
- 送付状や出勤簿、賃金台帳等の添付書類は不要です
- ホームページから申請書を印刷するときは、両面印刷、縮小・拡大印刷、トナーセーブはしないでください
- 協会けんぽから取り寄せた申請書は、切り離しをしないでください
- 読み取り部分へのメモ書き、ホチキス、ふせん、のり付けはしないでください

読み取り部分

- ① 四隅の黒い線
- ② 被保険者証の記号・番号
- ③ 申請書コード



申請書の記入誤りにご注意ください

各種申請書の**被保険者記入用(1ページ目)**で**記入誤りが多く発生**しているポイントをご紹介します。

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4 ページ (傷)

被保険者記入用

POINT 1 方のため仕事に就くことができません。給与が受けられない場合の生活保障として、給付金を受ける場合にございます。ご使用ください。ご添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

POINT 2 記号(左づめ) 番号(左づめ) 生年月日

217000231 2 01 05 10

被保険者情報欄

氏名(カタカナ) キョウカイ タロウ

健康保険 被保険者証 本人(被保険者) 00487

記号 21700023 番号 1 (株番) 00

氏名 協会 太郎

生年月日 平成 元年 5月 10日

性別 男

資格取得年月日 令和 2年 4月 1日

事業所名称 株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇

保険者番号 99999999

保険者名称 全国健康保険協会 〇〇支部

保険者所在地 〇〇市〇〇町 9-99-99

振込先指定口座欄

振込先指定口座は、上記申請書氏名と同じ名義の口座をご指定ください。

金融機関名称 △△ (銀行) (金庫) (信託) (農協) (漁協) (その他)

支店名 ×× (本店) (支店) (代理店) (出張所) (本店営業部) (本所) (支所)

預金種別 1

POINT 3 口座番号(左づめ) 1234567

POINT 1

- ・被保険者(申請者)情報欄は必ず「被保険者」の氏名・生年月日をご記入ください。
- ※高額療養費等のご申請で、**受診者が被扶養者であっても、被保険者の氏名等をご記入ください。**

POINT 2

- ・カナ氏名欄には、保険証に記載のカナ氏名をご記入ください。
- ※**カナ氏名欄に記入された氏名が振込先の口座名義となりますので、必ずご記入ください。**

POINT 3

- ・振込先指定口座欄の支店名は正確にご記入ください。

例：大分銀行の場合

(正) 本店営業部 (誤) 本店
(正) 別府支店 (誤) 別府本店

といった記入誤りが多くあります。ご注意ください。

- ・ゆうちょ銀行の支店名は**3桁の漢数字**です。

資格喪失後の保険証の早期回収にご協力をお願いします！

従業員様が退職された際や、扶養家族の方が扶養から外れた際には、資格喪失後の保険証使用を防ぐため、速やかに保険証を回収いただきますようお願いいたします。

