

島根県医師国民健康保険組合からのお知らせ

1. 令和2年度保険料改定について ～令和2年10月分から基本保険料を減額します～
令和2年10月からの保険料は下記のとおりとなっています。

[第125回組合会(9月6日開催)議決]

| 被保険者区分 | (基本保険料) | | (国に納める納付金) | | 月額合計 |
|----------------|-----------------|----------------|--------------|-------------------------------|---------|
| | 基礎賦課額 | 改定後 | 後期高齢者支援金等賦課額 | 介護納付金賦課額 〔介護保険第2号被保険者(※1)〕 | |
| 組合員 | 改定前 32,000円→ | 31,000円 | 4,500円 | 1円(非該当) | 35,500円 |
| | | | | 5,000円(該当) | 40,500円 |
| 家族 | 8,000円→ | (※2) 6,000円 | 4,500円 | 1円(非該当) | 10,500円 |
| | | | | 5,000円(該当) | 15,500円 |
| 准組合員 | 8,500円→ | 6,500円 | 4,500円 | 1円(非該当) | 11,000円 |
| | | | | 5,000円(該当) | 16,000円 |
| 後期高齢者組合員会費(月額) | | | 2,000円 | | |

※1 介護保険第2号被保険者=40歳以上65歳未満の方

※2 准組合員(従業員)家族の減免は廃止し組合員家族と同額となりました。従って保険料の減免措置を受けるための「保険料減免申請書」の提出は不要です。

2. 後期高齢者の組合員の皆様へ ～インフルエンザ予防接種補助事業について～

本組合の「保健事業実施要綱」に基づき、後期高齢者の組合員の皆様にインフルエンザ予防接種事業を実施いたします。対象となる皆様には個別にご通知申し上げておりますので、申請手続きをお願いいたします。

1. 実施対象者：後期高齢者の組合員
2. 接種期間：令和2年10月1日から令和3年2月28日まで
3. 申請手続き：インフルエンザ予防接種補助申請書(保健事業様式第6号)に領収書(原本)を添えて医師国保組合に提出 ※接種後お早めに申請をお願いします。
4. 助成金額：申請された自己負担額の全額

3. 新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金の支給について

～まずは医師国保組合事務局にご照会ください～

本組合では、この度の「新型コロナウイルス感染症」に係る感染等の影響を受けて、給与等の支払いを受けている被保険者が新型コロナウイルス感染症に感染又は発熱等での症状で感染が疑われた場合に、療養のため労務に服することが出来なかった期間について傷病手当金の支給することと致しました。(組合規約第16条の2)

本傷病手当金の支給を受けるためには以下の要件で申請が必要となります。申請様式の請求や記入方法など、ご不明な点は医師国保組合事務局までお知らせください。申請様式は組合のホームページにも掲載しております。

詳細は、島根県医師会報令和2年9月号をご参照ください。

4. 整骨院や接骨院での「肩こり」「腰痛」の施術は保険の対象になりません(一部例外を除く)
 一柔道整復師による施術は、国民健康保険の適用(柔整施術療養費支給申請書上に記載できる)に制限がありますー

◆保険証が使える場合

- ①ねんざ ②打撲 ③挫傷(肉ばなれ) ④骨折、脱臼(緊急時以外は医師の同意が必要です)

◆保険証が使えない場合(全額自己負担となります)

- ①単なる(疲労性・慢性的な要因からくる)肩こり・腰痛、筋肉疲労
- ②病気(神経痛・リウマチ・ヘルニアなど)による痛みやしびれ ③慰安目的のあん摩
- ④労災保険の対象となる工作中・通勤途中のケガ ⑤マッサージ代わりに利用 等

「療養費支給申請書」の確認をしましょう!

負傷原因・部位・月日・施術内容・負担金などを回答できるように、領収書は必ず保管しておき、
 施術の記録を残すなどしておきましょう。文書による照会の場合は、必ずご自身で記入して下さい。
 施術にかかった療養費が適正なものかどうか確認するため、施術を受けた被保険者の皆様に文書
 で照会することがあります。ご理解とご協力をお願いいたします。

| 柔道整復 施術療養費支給申請書 | | 都道府県番号 32 施術機関コード | |
|------------------------|---|---|-------------------------|
| 令和2年 9月分 | | 保険者番号 3 2 3 0 1 4 | |
| 記号・番号 6 0 - 0 1 2 3 4 | | 1.本人 2.本人 3.本人 4.本人 5.本人 6.本人 7.本人 8.本人 9.本人 10.本人 | |
| 公費負担者番号① | 公費負担医療の受給者番号① | 保険種別 | 給付割合 |
| 公費負担者番号② | 公費負担医療の受給者番号② | 1.傷 2.組 3.共 4.選 5.退 6.長期 7.短期 8.高1 9.高2 10.高3 | 10・9 |
| 被保険者 氏名 世帯主・組合員の受給者 住所 | 氏名 住所 | 〒 | 690-0123 島根県〇〇市〇〇町〇〇番地 |
| 療養を受けた者の氏名 | 生 年 月 日 | 負傷の原因・業務災害通勤災害又は第三者行為等の原因による | |
| 医師 花子 | 1男 1明2大3昭 4平5令 35年4月5日 | ***** | |
| 負 傷 名 | 負 傷 年 月 日 | 初 検 年 月 日 | 施術開始年月日 施術終了年月日 実日数 転 帰 |
| (1) 右膝部打撲 | 2・9・4 | 2・9・4 | 2・9・4 2・9・18 2 治癒・中止・転医 |
| (2) 右足首ねん挫 | 2・9・4 | 2・9・4 | 2・9・4 2・9・18 2 治癒・中止・転医 |
| (3) 負傷名・負傷部位・負傷日の確認 | | | 施術を受けた日数の確認 |
| (4) | | | 治癒・中止・転医 |
| (5) | | | 治癒・中止・転医 |
| 経過 | 施術日 | 請求区分 | 新規・継続 |
| | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | | |
| 欄 | 【略】 | 合計 | 円 |
| | | 一部負担金 | * 0 0 0 円 |
| | | 請求金額 | 円 |
| 施 術 証 明 欄 | 上記のとおり施術したことを証明します。 令和2年9月18日 所在地〒999-9999 島根県〇〇市〇〇町〇〇番地 施術所名称 〇〇〇〇治療院 電話 0123-45-6789 柔道整復師氏名 △△ △△ | 上記請求に基づき給付金の受領方を左記の者に委任します。 令和2年9月18日 住所(上記住所欄と同じ) 被保険者 世帯主 組合員 受給者 氏名 医師 太郎 | |

注意!
 ◆白紙の申請書に署名を求められても、応じないでください。
 ◆利き手の負傷などで患者自身が署名できない時だけ、柔道整復師が代理署名できますが、その場合は患者の押印が必要です。

～ 保険加入、保険給付、各種健診費用助成等どんなことでもお気軽にお問い合わせください ～

島根県医師国民健康保険組合 Tel : 0852-26-3100 URL : <https://shimane-ikokuho.or.jp>