

2014年(平成26年)10月10日
No.420
ご家庭にも
お持ち帰り
下さい!
**日野自動車
健康保険組合**

家庭常備薬(冬用)斡旋のご案内



日野自動車健康保険組合では、組合員の皆様の健康管理・疾病予防の一環として、家庭用常備薬の斡旋を行います。一流医薬品メーカーの薬を特別価格(有償・補助あり)でご紹介いたしますので、この機会に是非、お求めください。詳細は別途パンフレットを11月中旬頃配布致します。商品は冬休み前に配付出来る様にしますので、お申し込みは早めをお願いいたします。

補助金額一覧

購入金額(税込)	健保補助額	送料
3,000円以上	1,500円	なし
2,000円以上~3,000円未満	1,000円	
1,000円以上~2,000円未満	500円	
1,000円未満	なし	自己負担300円

(例)ご購入金額が3,210円の場合...
3,210円-1,500円(健保補助額)=1,710円(送料なし)で購入いただけます。

平成26年度 直営保養所「山中荘」カレンダー(1月~3月)

	1月	2月	3月
利用日	1月9日(金)~1月31日(土)	2月1日(日)~2月28日(土)	3月1日(日)~3月31日(火)
利用予約(電話予約)	11月1日(土)~	12月1日(月)~	1月1日(木)~
予約申込先	山中荘	山中荘	山中荘
利用申込書提出先	山中荘 (FAXまたは郵送)	山中荘 (FAXまたは郵送)	山中荘 (FAXまたは郵送)

※抽選予約は、平成24年6月利用分より廃止になっています。
※利用方法は健保HPをご覧ください(日野自動車はHidocsにも掲載されています)
※下記①、②に該当する申込みで、『稼働日カレンダーの休み前日』の利用は、
利用日の3週間前からの受付となります。

日野自動車健康保険組合保養所 山中荘
〒401-0501
山梨県南都留郡山中湖村山中865-246
(TEL)0555-62-1531 (FAX)0555-62-1530

① 利用人数の内訳が次の通り。
日野自動車健保の保険証をお持ちでない人数 \geq お持ちの人数の2倍

② 日野自動車健保の保険証をお持ちでない方のみでの利用 = 休館日

1月							2月							3月						
日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土
4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
11	12	13	14	15	16	17	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21
18	19	20	21	22	23	24	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28
25	26	27	28	29	30	31								29	30	31				



献血にご協力ください (今年もセレガで献血できます!)



毎年、冬は輸血用血液が全国的に不足する時期です。健康保険組合では、日本赤十字に協力して、毎年献血活動を行っています。今年も皆様のご協力をお待ちしています。なお、今回もセレガの採血車で献血できます。

日程 11月25日(火)、11月26日(水)、11月27日(木)、11月28日(金)
時間 午前 9:45~11:45 午後 1:00~4:00
申込方法 協力していただける方は、下の申込書に記入の上、**11月11日(火)までに**健康保険組合へ送付してください(申込書はHidocsにも掲載されています)。
問合せ先 健康保険組合(担当:関戸、高橋、相良<内線 5941>)

会場
日野自動車(株)本社
1号館前駐車場(セレガ)

● 献血は全血献血(200ml 献血、400ml 献血)で、血液中のすべての成分を献血していただく方法です。

献血カードまたは献血手帳をお持ちの方は、忘れずにお持ちください。
申込後、都合が悪くなった場合は、早めに健康保険組合の担当までご連絡ください。

献血基準 献血を健康管理に役立てよう

	200ml 献血	400ml 献血
年齢	16歳~69歳(注1)	男性17歳~69歳(注1) 女性18歳~69歳(注1)
体重	男性45kg以上 女性40kg以上	男女とも 50kg以上
献血量	200ml	400ml

献血にご協力いただいた方に、肝機能・腎機能などの生化学的検査サービスを行っています。さらに、貧血の有無を調べる赤血球数やヘモグロビン量などがわかる血球計数検査サービスも行っています(糖尿病の関連検査も追加しました)。身近な健康管理法として役立ててください。検査結果は日赤血液センターより2週間程度で自宅に親展で送付されます。

(注1) 65歳以上の方の献血については、献血していただく方の健康を考慮し、60~64歳の間に献血経験がある方に限ります。
(注2) 2010年から英国渡航歴のある方の献血制限が緩和されました。なお、海外渡航歴のある方で、献血について確認されたい方は健保までご連絡ください。

キリトリ線

送付先:健康保険組合
(日野自動車の社内便で送る場合は、封筒に入れA61へお願いします)

〈献血協力申込書〉

※太枠内を記入してください。

社内便 No.	事業所 所属	保険証 No.	12 -
	氏 名	様 内 線	
献血希望日時	(希望日) 1. 特になし 2. 月 日	(希望時間) 1. 特になし 2. 午前・午後 時 頃	
献 血 量	200ml 献血 400ml 献血	いずれか希望する方に○印を付けてください。	

※申し込み多数の場合は、調整させていただきます。