

2016年(平成28年)9月20日

No.443

ご家庭にも
お持ち帰り下さい!

日野自動車
健康保険組合



http://www.hinokenpo.or.jp
お問合せ：042-586-5941

2016年度 **らくらく 禁煙 コンテスト(予告)** ニコチンパッチ代を一部補助します!

タバコとはサヨナラしたいと思っているあなた、コンテストに参加して大勢の仲間と一緒に禁煙にチャレンジしませんか? 初めて禁煙にトライする方も、何度も失敗している方にもオススメです!!

協賛
日野自動車株式会社
日野自動車労働組合

	申込受付期間	キャンペーン開催期間
<下期> 第38回	10月18日~11月21日	12月18日~2017年1月28日

対象者 本気で禁煙したいと思っている被保険者・被扶養者
参加費 無料 ※所定のレポート提出のない場合には費用5,000円をご負担頂きます
(禁煙成功・失敗は問いません)

■参加方法■ 次号の「けんぽにゅーす」でご案内します。



再掲載 **第14回 紙上ウォーキングキャンペーンのお知らせ**

協賛
日野自動車株式会社
日野自動車労働組合

けんぽにゅーす 8月号でもお知らせしておりますが、今年度から、春、秋、年2回開催いたします! 秋のコースは香川県・高松からスタートし、高知を經由して愛媛県・松山を目指します(427km)。名所と名物を思い描きながら日常生活の歩数を記録してください。抽選で素敵なプレゼントをご用意しています。今まで参加したことのない方も、この機会にウォーキングを習慣化しませんか!

- 期間** 2016年10月1日~11月30日
- 目標** 1日1万歩、61日間で61万歩歩きましょう
- 対象者** 日野自動車健保の被保険者(本人)と被扶養の配偶者の方
- 参加方法** 参加される方は、けんぽにゅーす8月号と同時配付の記録表を12月16日(金)までに提出してください(詳細は記録表をご参照ください)。
・記録表は日野自動車健保のホームページから、ダウンロード・プリントして、使用することもできます。(ホームページのトップページに掲載中です) [日野健保](#) [検索](#)
・けんぽにゅーす8月号でご案内しました、歩数計の申込受付は9月7日で終了しております。
- 抽選プレゼント** 61万歩以上歩いた方の中から、TOKYO DISNEY RESORT®の1Dayパスポートを抽選で**50名**の方にプレゼントします!
- 表彰** 目標(61万歩)達成・あと一歩(42万歩以上)の方にはもちろん賞品を差し上げます



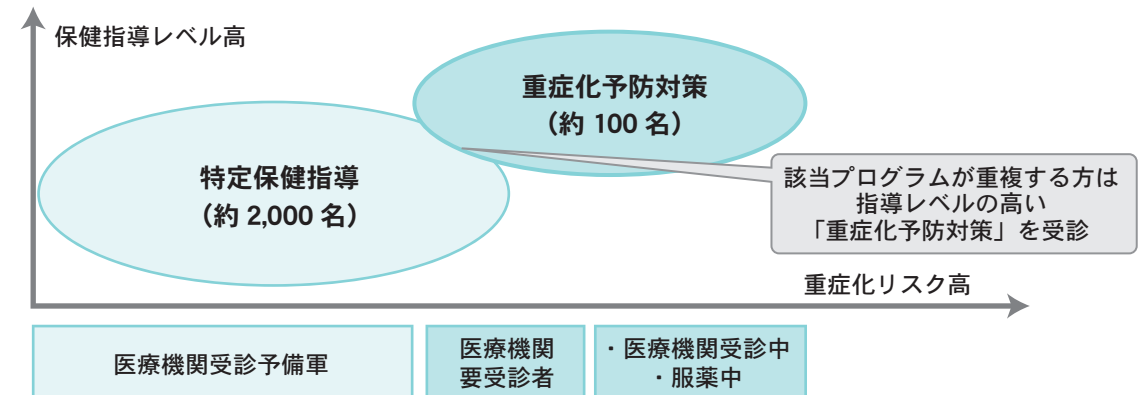
<データヘルス計画>重症化予防対策と特定保健指導の概要について

データヘルス計画に基づき、今年度も「重症化予防対策」を実施いたします。既設の「特定保健指導」と併せてプログラム概要をご紹介します。受診対象となる方へは別途ご案内致しますので、ご自身の健康、ご家族の為にも必ず受診してください。

1. プログラムの導入経緯と対策

	重症化予防対策	特定保健指導
経緯	1) 事業主と協働で健診結果を分析した結果、特に血圧、肝機能、血糖の数値が悪い方が多く、脳、心臓疾患、がん等の重症化予備軍が多い状態と判明。 →重症化予防対策を導入(2015年~)	1) メタボリックシンドローム(内臓脂肪と高血糖、高血圧、脂質異常を併せ持った状態)を放置すると、心筋梗塞、や脳梗塞発症のリスクが高まる。 →国主導で生活習慣改善プログラムを全健康保険組合へ導入(2011年~)
対策	重症化予防措置として、対象者へのより専門的な保健指導と、医療機関への受診勧奨を行う。	対象者への生活習慣改善の保健指導を実施して発症リスクを低下させる。

2. プログラム受診対象者と保健指導レベルのイメージ <人数は日野自動車健保全体の見込み>



3. 実施概要

	重症化予防対策	特定保健指導	
相談員	SOMPOリスクアマネジメント(旧全国訪問健康指導協会)の保健師等	←	
対象者	被保険者(年齢制限なし)	40歳以上の加入者	
プログラムの内容	産業医の判定により個人別の該当プログラムを実施します A. 血圧・血糖ハイリスク者に対する「疾病管理プログラム」 B. 貧血・肝機能ハイリスク者に対する「受診勧奨プログラム」 C. 糖尿病性腎症重症化予防プログラム いずれも6カ月~10カ月間で、相談員との面談・電話による支援が複数回あります	個人別の該当プログラムを実施します D. 積極的支援 E. 動機付け支援 いずれも6カ月間で、相談員との面談・電話による支援が複数回あります	
対象者判定基準値(概要)	血圧	収縮期(上): 180mmHg以上、または 拡張期(下): 110mmHg以上	収縮期(上): 130mmHg以上 または 拡張期(下): 85mmHg以上
	空腹時血糖	200mg/dl以上、または HbA1c: 10%以上	100mg/dl以上、または HbA1c: 5.6%以上
	貧血	ヘモグロビン 8mmg/d以下	—
	肝機能	ALT 200u/l以上	—
	他	尿タンパク	腹囲、BMI、喫煙有無、脂質、服薬有無

「医療費のお知らせ」発行のご案内

・2016年度 第1回目の「医療費のお知らせ」を、9月中旬に発行いたしました。

掲 載 内 容	
医療機関より2016年3月～8月に健康保険組合が受け付けた医療費。	
目 安	医療機関にて2016年1月～6月に受診した内容

・第2回目の発行は、2017年3月です。
 ※年2回の発行以外に内容を確認したい場合は、申請書「医療費のお知らせ発行申請書」を健康保険組合に提出してください。その都度、発行いたします。

保養所＜山中荘＞ 12月、年末年始の予約は10月1日から受付開始です

冬休み中のご旅行に是非ご利用ください。

＜お申込期間＞

申込期間	2ヶ月前	1ヶ月前	利用月
	1日		利用当日の10:00迄

利用月の2ヶ月前の1日から先着順で受付
 (例:12/1の宿泊は10/1から受付)
 年始(～1/5)は12月分として受け付けます

但し、以下の①または②の申込みで日野自動車本社カレンダーの休み前日の利用は、利用日の3週間前から受付開始です。
 ①保険証をお持ちでない方の人数が、お持ちの方の人数の2倍以上の利用 ②保険証をお持ちでない方のみの利用

お知らせ：2016年4月から館内全面禁煙となりました

データヘルス計画で「禁煙活動強化」を取り上げております。山中荘においてもご利用の皆様の健康リスク低減を目的として館内全面禁煙となりましたのでご理解、ご協力をお願い申し上げます。

＜お申込・お問合せ先＞

お申込、お問合せ先 → 山中荘 TEL：0555-62-1531 FAX：0555-62-1530
 空室状況 → 日野自動車健保ホームページ または 山中荘へお問合せください

- ・山中荘へTELで申込み後、利用申込書を山中荘へFAXまたは郵便で送信してください。
- ・利用申込書「山中荘利用申込書・利用券」は健保ホームページ、HIDOCs(日野自動車)に掲載しています。

＜山中荘カレンダー＞

10月							11月							12月、1月						
日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土
						1	6	7	8	9	10	11	12	4	5	6	7	8	9	10
2	3	4	5	6	7	8	13	14	15	16	17	18	19	11	12	13	14	15	16	17
9	10	11	12	13	14	15	20	21	22	23	24	25	26	18	19	20	21	22	23	24
16	17	18	19	20	21	22	27	28	29	30				25	26	27	28	29	30	31
23	24	25	26	27	28	29								2017	1	2	3	4	5	
30	31																			

■=休館日

インフルエンザ予防接種補助について

本年度のインフルエンザ予防接種補助を、下記により実施いたします。
 この制度は、インフルエンザの予防法としてのワクチン接種に対して、補助金を支給いたします。

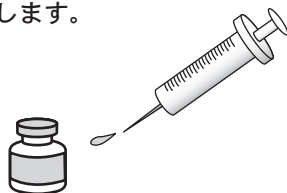
- 対象者** 満1歳～中学生まで(接種時に当健康保険組合の保険資格のある方)
- 接種期間** 2016年10月1日～2017年2月末日までの接種分
- 補助金額** 接種回数に関わらず、1人2,000円限度(2,000円未満は実費支給)。
- 申請手続** 接種後、申請書に領収書を添付して申請。

・申請書は、「けんぼにゅーす」(本号)に掲載してあります。
 また、当健康保険組合のホームページ(<http://www.hinokenpo.or.jp>)および日野自動車株のHidocsの健康保険組合にも掲載されています。

・領収書は原本を添付し、接種日、医療機関名、接種者名(フルネーム)、支払金額、インフルエンザ予防接種代としてが明記され、領収印のあるもの。

提出先 日野自動車健康保険組合(日野自動車株の方は、社内便A61で提出可)

支給 毎月20日までに健康保険組合が受け付けた申請分を、翌月の健保給付金支給日に支給。



決	常務理事	事務長	係員	係員
裁				

2016年度 インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

日野自動車健康保険組合 理事長 殿

被保険者の 記号・番号	—	被保険者の 氏名	印
----------------	---	-------------	---

【インフルエンザ予防接種の接種者リスト】 ※満1歳から中学生までの被扶養者に限ります

接種者氏名	生年月日	接種日	接種回数※ どちらかに○をしてください
	平成 年 月 日	平成 年 月 日	1回 ・ 2回
	平成 年 月 日	平成 年 月 日	1回 ・ 2回
	平成 年 月 日	平成 年 月 日	1回 ・ 2回
	平成 年 月 日	平成 年 月 日	1回 ・ 2回
	平成 年 月 日	平成 年 月 日	1回 ・ 2回

※2回接種の方は接種回数が2回でも1回の接種で2,000円以上の場合、領収書は1枚のみ添付してください。
 1回の接種費が2,000円未満の場合は2回分の領収書を添付してください。

注 意 事 項

- 対象者：満1歳～中学生まで(接種時に当組合の保険資格のある方)
- 接種期間：2016年10月1日～2017年2月末日までの接種分
- 請求期間：2017年3月20日(月) 健保必着をもって締め切りとします。
- 補助金額：接種回数に関わらず、1人2,000円限度。2,000円未満は実費支給。
 ※2回接種の場合は、2回の接種料金を合計し、2,000円を限度に支給します。
- 提出書類：上記太枠内をご記入のうえ、領収書(原本)を添付して申請してください。
 ※領収書は原本を添付し、接種日、医療機関名、接種者名(フルネーム)、支払金額、インフルエンザ予防接種代としてが明記され、領収印のあるもの。
 複数の接種者分が1枚の領収書になっている場合は金額の内訳がわかるものであること。
 医療機関で領収書を受け取る際は記載内容をご確認ください。
- 提出先：日野自動車健康保険組合(日野自動車株の方は、社内便A61で提出可)
- 支給：毎月20日までに健康保険組合が受け付けた申請分を、翌月の健保給付金支給日に支給。

なお、本申請書に記入された個人情報を接種医療機関へ開示し、接種事実等の確認をする場合があります。
 申請書に記入された個人情報については、補助金支給処理以外の目的には使用いたしません。

健康保険組合記入欄

補助金支給額	円
--------	---