

公告 第19号

令和5年4月1日

被保険者 各位

ロートグループ健康保険組合
理事長 瀬本 英俊



規程の制定ならびに一部改訂について

ロートグループ健康保険組合の新規規程制定、ならびに一部改訂をした規程について、近畿厚生局へ届出を行いましたので公告いたします。

記

1. 制定した規程（要領）

「体育奨励費用補助金支給要領」

令和5年度予算に体育奨励費を新設したことに伴い、その運用を明文化し要領として周知するもの。

2. 一部改訂

「各種健康診断および健康づくり施策への補助金支給規程」

- （1）健康診断項目に眼圧を追加したことに伴う補助金額の修正。
- （2）歯科検診に個人負担を設け、それ以外の健診費用については当組合負担とする。
- （3）卒煙サポートプログラムの運用上、個人負担を除く費用を一旦当健保が負担する必要がある、運用に沿った内容に変更する。

該当規程を別紙添付致します。

以上

「体育奨励」費用補助支給要領

第1条（目的）

この要領は、ロートグループ健康保険組合（以下「組合」という）の被保険者の体育奨励イベントに対して、その実施者に費用の一部を補助することにより、ロートグループ健康保険組合の被保険者（以下「被保険者」という）の健康づくりのインセンティブとして支給する。

第2条（補助金の支給対象者）

補助金支給の対象者は、体育奨励イベントを開催する事業所とする。

第3条（補助金の支給対象イベント）

補助金支給の対象となるイベントは、会社、本部、工場・支店・営業所の建屋等の単位で計画実施されるイベントとする。

第4条（補助金の支給内容）

補助金の支給金額は、実施イベントの被保険者参加者1名あたり1,000円とする。

ただし、実施イベントの被保険者参加者1名あたり1,000円に満たないイベントは、要した費用の実費を支給する。

体育奨励イベントの種類、種目は補助金の支給要件に沿ったものとし、費用補助の回数は被保険者一人につき年度1回までとする。

第5条（補助金の支給要件）

- (1) イベント参加者が被保険者を対象とするものであること。
- (2) イベントの内容は単なるリクリエーションではなく、組合の保健事業として適切で健康増進、運動習慣の醸成に効果が期待されるものであること。
具体的には、ウォーキング大会、マラソン大会等の有酸素運動の習慣化を目的としたイベント、及び社内運動会など事業所被保険者の運動による事業所一体感の醸成に寄与するもの。
- (3) 会社、本部、工場・支店・営業所の建屋等の単位で計画実施されるイベント。
- (4) 当該勤務の全ての被保険者が募集対象であることを基本とする。
- (5) 実施種目は誰もが容易に参加できるもの。
- (6) 組合が承認したイベントであること。

第6条（補助金の支給申請手続）

- (1) 申請者は組合の様式1「体育奨励イベント実施計画書」に必要事項を記入し、体育奨励イベント実施の1か月前までに次の書類を添付し組合に提出するものとする。

【添付必要書類】

稟議書、案内書、パンフレットなど計画内容・費用明細が具体的にわかる書類。

- (2) 組合は、「体育奨励イベント実施計画書」を確認後、結果をすみやかに様式1下段の「体育奨励イベント実施可否通知書」にて連絡を行う。
- (3) 申請者は、体育奨励イベント実施後、すみやかに様式2「体育奨励イベント実施補助金支給申請書」に必要事項を記入し、次の書類添付し組合に提出するものとする。

【添付必要書類】

支出経費の費用明細書、領収書のコピー、参加者名簿。

- (4) 組合は「体育奨励イベント実施補助金支給申請書」を確認後、「補助金支給通知書」を返送し、補助金支給決定額を通知する。

第7条（補助金の支給）

補助金は毎月月末締めで翌月末日に当健康保険組合に登録済の事業所口座に振り込むものとする。

附 則

この要領は、令和5年4月1日から施行する。

各種健康診断および健康づくり施策への補助金支給規程

（目 的）

第1条 この規程は、ロートグループ健康保険組合（以下「組合」という）の被保険者〔一般被保険者および任意継続被保険者（以下「任継」という）〕及び被扶養者が健康診断（以下健診）等を受けたとき、その費用の全部または一部を補助することにより、定期的な健康診断等の受診の機会を広く与え、かつ奨励し健康管理並びに疾病予防に資することを目的とする。

（健診等の範囲）

第2条 健康保険組合が補助する健康診査等の範囲は次の通りとする。

（1）健診補助

組合が健康診断を目的として実施するものを対象とする。

（2）インフルエンザ予防接種補助

適用事業所の事業主が実施するインフルエンザ予防接種を補助対象とする。

（3）歯科予防健診補助

歯科健診業務委託先の一般社団法人総合健康促進保健協会関西が定める歯科健康診断Cプラン（口腔内検査・口腔衛生指導・歯のクリーニング）を対象とする。

（4）卒煙サポート補助

卒煙サポート業務委託の株式会社リングージが定める卒煙プログラムを対象とする。

（補助の種類等）

第3条 補助金の種類とその補助金額及び対象年齢

補助金の種類と金額は以下のとおりとする。尚、支払金額が補助額に満たない場合は消費税を含み実費を補助する。

（1）健診

健診は、健診委託先の株式会社イーウェル（以下イーウェル）提携医療機関、または個別で医療機関を受診したものを対象とし、健診コースとその検査項目は別紙1の通りとする。

事業主及び医療機関の都合により健診コース項目が一部変更・削除となり、健診費用が減額となった場合は、補助金額からその変更・削除となった額を差し引いた額を補助する。

尚、被扶養者についてはイーウェル提携の医療機関での受診のみを対象とする。

1）イーウェル提携医療機関で受診の場合

	補助項目	対象年齢	補助金額
被 保 険 者 一 般	一般健診コース（※1）	30歳未満	4,000円
	生活習慣病健診コース	30歳以上	26,000円
	人間ドックコース	35歳以上	22,000円
被 扶 養 者 任 継 ・	一般健診コース	35歳未満	2,000円
	生活習慣病健診コース	35歳以上	22,000円
	人間ドックコース	35歳以上	22,000円

※1 組合は労働安全衛生法の健診項目について補助を行わないことより、健診費用合計より労働安全衛生法の健診項目を差し引いた額未満で補助金額を設定する。

2）組合と契約未締結の医療機関で健診を受診した場合

- ① 一般健診
一般被保険者 4,000 円、任継及び被扶養者 2,000 円
- ② 生活習慣病検診または人間ドック
被保険者及び任継及び被扶養者 22,000 円

(2) オプション健診

	補助項目	対象年齢		補助金額
被 保 険 者 及 び 任 継 ・ 被 扶 養 者	胃部内視鏡検査	全員	30 歳以上	6,000 円
	前立腺がん検査	男性	50 歳以上	1,000 円
	子宮頸部細胞診	女性	18 歳以上	1,800 円
	子宮頸部細胞診/エコー+HPV	女性	18 歳以上	1,800 円
	乳房エコー	女性	18 歳以上	2,800 円
	マンモグラフィ	女性	40 歳以上	3,800 円
	マンモ+乳房エコー	女性	40 歳以上	5,200 円

(3) インフルエンザ予防接種（年齢制限なし）

対 象 者 一般被保険者および任継とその被扶養者
補助金額 1,500 円

※2回接種法の場合は合計金額を対象

(4) 歯科予防健診（年齢制限なし）

対 象 者 一般被保険者
補助金額 自己負担を500円とし、それ以外に要した費用を全額健保が支払う。

(5) 卒煙サポート補助

対 象 者 20 歳以上の一般被保険者
補助金額 30,000 円

※要した費用が補助金額上回る場合は、実施事業所負担または個人負担（またはその両方）とする。

（補助金の支給回数）

第4条 補助金の支給回数は以下の通りとする。

健診補助、インフルエンザ予防接種補助、歯科予防健診補助、卒煙サポート補助の単位で年度（4月1日から翌年3月31日）1回とする。

（補助金の支給または支払方法）

第5条 補助金の申請及び支払方法は以下のとおりとする。

(1) 健診補助

1) 一般被保険者

- ①被保険者が健康診断実施契約書を締結した健診医療機関で健診を受診の場合
被保険者へ支払うべき補助金について、組合と医療機関との契約に則り、請求書及び受診を裏付ける書類により、直接健診医療機関へ補助金を支払う。
- ②被保険者がイーウェル提携の健診医療機関で健診を受診した場合
被保険者へ支払うべき補助金について、組合とイーウェルとの契約に則り、請求書及び受診を裏付ける書類により、直接イーウェルへ補助金を支払う。
- ③被保険者が事業主実施の健診以外で健診を受診し費用を立て替えた場合
健診費用には事業主負担分が含まれることより、被保険者は給付金の受け取りを事業主へ

委任し、事業主は健保補助金を含んだ額を被保険者へ支払う。組合は被保険者へ支払うべき補助金を業主へ支払う。申請者は、様式1に領収書原本と健診結果のコピーを添付して、事業主経由で組合へ申請を行う。組合は事業主より様式1と添付書類を受け、補助金を事業主へ支払う。

2) 任継及び被扶養者

被保険者へ支払うべき補助金について、組合とイーウェルとの契約に則り、請求書及び受診を裏付ける書類により、直接イーウェルへ補助金を支払う。

(2) インフルエンザ予防接種

補助の対象は、事業主が集団実施したものまたは、一般被保険者およびその被扶養者が個別に受診したものであり、補助金は事業主が実施した集団実施分および、個別受診分をとりまとめて事業主が組合に様式2に領収書原本と申請者リストを添付して行う。

任継およびその被扶養者については、被保険者が様式3に領収書原本を添付して申請を行う。

尚、様式1・2のフォーマットについては、記載項目の省略をしない範囲で会社手続きに関する欄を追加することは構わないこととする。

(3) 歯科予防健診補助

一般社団法人総合健康促進保健協会関西が、個人負担分を実施事業所に、残金を組合に請求する。

(4) 卒煙サポート補助

委託業者が組合へ請求行う。個人負担金がある場合は委託業者が直接対象者へ請求を行い、会社補助がある場合は組合が該当費用を立て替え、会社へ請求する。

(健診のキャンセル料)

第6条 健診のキャンセルに伴い発生した、キャンセル料は予約を行った被保険者または事業主の負担とする。また、健診受信当日に組合の被保険者または被扶養者資格を有しないものへの補助金支給は行わない。補助金支払い後に資格を有しなくなった場合は、支給済の補助金をロートグループ健康保険組合へ返金するものとする。

附 則

この規程は、令和4年4月1日から施行する。

この規程は、令和5年4月1日より施行する。

【別紙 1】

コース名			一般健診コース	生活習慣病健診コース	人間ドックコース
診察	問診	問診票(特定健診必須4項目含む)	◇	●	●
	理学 所見	既往歴	◇	●	●
		自覚症状	◇	●	●
		他覚症状	◇	●	●
身体測定等		身長	◇	●	●
		体重	◇	●	●
		BMI	◇	●	●
		腹囲	●	●	●
		血圧	◇	●	●
		視力	◇	●	●
胸部検査		胸部X線検査	●	●	●
		喀痰検査	医師の指示による	医師の指示による	○
聴力		オーディオメーター(1000/4000)	◇	●	●
尿検査		尿糖(US)	●	●	●
		尿蛋白	●	●	●
		尿潜血		●	○
		ウロビリノーゲン		●	○
		尿沈渣			○
		尿比重			○
血液検査	血液 一般	赤血球(RBC)	●	●	●
		血色素(Hb)	●	●	●
		ヘマトクリット(Ht)	●	●	○
		血小板数(PLT/PL)		●	○
		赤血球色素量(MCH)		●	○
		赤血球色素濃度(MCHC)		●	○
		赤血球容積(MCV)		●	○
		白血球(WBC)		●	○
	生化学 検査	脂質	総コレステロール(T- Cho)	●	○
			中性脂肪(TG)	●	●
			HDL-cho	●	●
			LDL-cho	●	●
		肝機能	GOT(AST)	●	●
			GPT(ALT)	●	●
			γ-GTP(GGT)	●	●
			アルブミン		●
		腎機能	ALP		○
			LDH		○
			総蛋白(TP)		○
			尿酸(UA)	●	○
			尿素窒素(BUN)	●	○
			血清クレアチニン(CRE)	●	○
			eGFR		○
		血糖	空腹時血糖(BS)	●	●
			グリコヘモグロビン A1c (HbA1c)	●	●
		感染症	CRP		○
心電図検査		12誘導	●	●	●
眼検査		眼底検査(片眼以上)		●	○
		眼圧検査		○	○
便潜血検査		2回法		●	○
胃部検査		胃部 X 線検査		どちらか一方を実施	どちらか一方を実施
		胃内視鏡検査			
超音波		腹部エコー検査		●	○
肺機能検査		肺機能検査			○

【 ● 】・・・必須受検項目
 【 ○ 】・・・任意受検項目
 【 ◇ 】・・・補助対象外項目