

# 健保だより

〒105-0003

東京都港区西新橋1-10-2(住友生命西新橋ビル5階)

TEL (03)3595-6082 FAX (03)3595-6099

<http://www.kline-kenpo.or.jp/>

(参照にはID・パスワードが必要です)

平成 29 年

5 月

No.120

## CONTENTS

- 1 公示情報／セルフメディケーション税制
- 2 平成 29 年度予算が決まりました
- 4 医療・介護保険制度改革
- 6 家族健診のご案内

## 川崎汽船健康保険組合

### 公示情報

●監事をされていた選定議員の辞任により、所定の手続きを経て下記の方が選定議員・選定監事にそれぞれ就任されました。

| 職務   | 就任日              | 新任者<br>(事業所)        | 前任者<br>(事業所)       |
|------|------------------|---------------------|--------------------|
| 選定議員 | 平成 29 年 2 月 21 日 | 安藤 直樹<br>(川崎汽船株式会社) | 山下 尚<br>(川崎汽船株式会社) |
| 選定監事 | 平成 29 年 2 月 23 日 | 安藤 直樹<br>(川崎汽船株式会社) | 山下 尚<br>(川崎汽船株式会社) |

## セルフメディケーション税制が始まりました

平成 29 年 1 月から、セルフメディケーション税制（医療費控除の特例）が始まりました。かぜ薬や胃腸薬など、制度の対象となる OTC 医薬品（市販薬）の年間購入金額が家族<sup>※</sup>で 12,000 円を超えた場合、確定申告すると所得税などが軽減される制度です。

※自己または自己と生計を一にする配偶者やその他の親族

### 制度を利用するには？

所得税、住民税を納めていて、健康の保持促進や疾病予防のため一定の取り組みを行なった人が制度を利用できます。一定の取り組みとは「定期健康診断」「特定健康診査」「予防接種」などのこと。いずれかひとつを実施すればよく、実施を証明する書類が必要です。



### 対象となる市販薬は？

かぜ薬や胃腸薬、鼻炎用内服薬、湿布薬など、医療用から転用された特定の成分を含む医薬品です。対象となる薬の多くには、パッケージに右の識別マークが入っています。

セルフメディケーション

税 控除 対象

# 平成 29 年度 予算が決まりました

当健康保険組合の平成 29 年度予算が、  
2 月 23 日に開催された第 73 回組合会において承認され決定いたしました。  
収入・支出の主要項目の予算額は以下のとおりです。

## 平成 29 年度 収入支出予算額

### 健康保険

#### ●収入

| 科 目               | 予算額          |
|-------------------|--------------|
| 保 険 料 収 入         | 1,833,544 千円 |
| 調 整 保 険 料 収 入     | 29,072 千円    |
| 繰 越 金             | 150,000 千円   |
| 繰 入 金             | 156,123 千円   |
| 国 庫 補 助 金 収 入     | 447 千円       |
| 財 政 調 整 事 業 交 付 金 | 30,000 千円    |
| 雑 収 入             | 15,947 千円    |
| 退 職 積 立 金 繰 入 金   | 8,250 千円     |
| そ の 他             | 608 千円       |
| 収入 計              | 2,223,991 千円 |



#### ●支出

| 科 目               | 予算額          |
|-------------------|--------------|
| 事 務 費             | 77,001 千円    |
| 保 険 給 付 費         | 1,109,443 千円 |
| 法 定 給 付 費         | 1,087,627 千円 |
| 付 加 給 付 費         | 21,816 千円    |
| 納 付 金             | 853,037 千円   |
| 前 期 高 齢 者 納 付 金   | 358,170 千円   |
| 後 期 高 齢 者 支 援 金   | 463,877 千円   |
| 病 床 転 換 支 援 金     | 3 千円         |
| 日 雇 抛 出 金         | 882 千円       |
| 退 職 者 給 付 抛 出 金   | 30,100 千円    |
| 老 人 保 健 抛 出 金     | 5 千円         |
| 保 健 事 業 費         | 95,298 千円    |
| 営 繕 費             | 1,000 千円     |
| 財 政 調 整 事 業 抛 出 金 | 29,072 千円    |
| 退 職 積 立 金         | 6,600 千円     |
| 予 備 費             | 50,000 千円    |
| 雑 支 出 等           | 2,540 千円     |
| 支出 計              | 2,223,991 千円 |

### 介護保険

#### ●収入

| 科 目           | 予算額        |
|---------------|------------|
| 介 護 保 険 料 収 入 | 173,092 千円 |
| 繰 越 金         | 21,442 千円  |
| 繰 入 金         | 0 千円       |
| 雑 収 入         | 1 千円       |
| 収入 計          | 194,535 千円 |

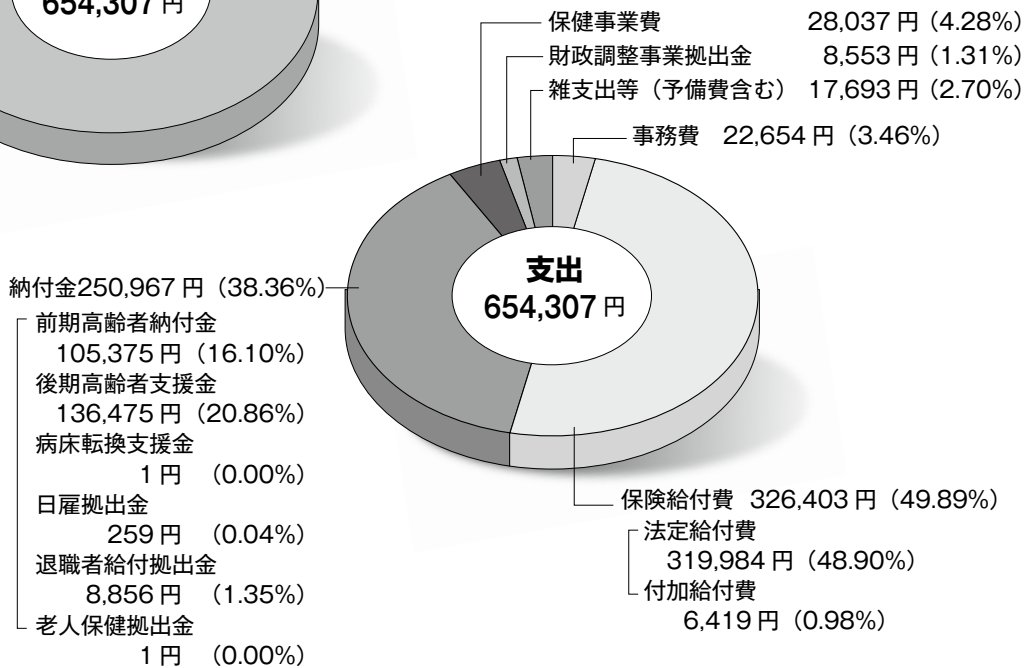
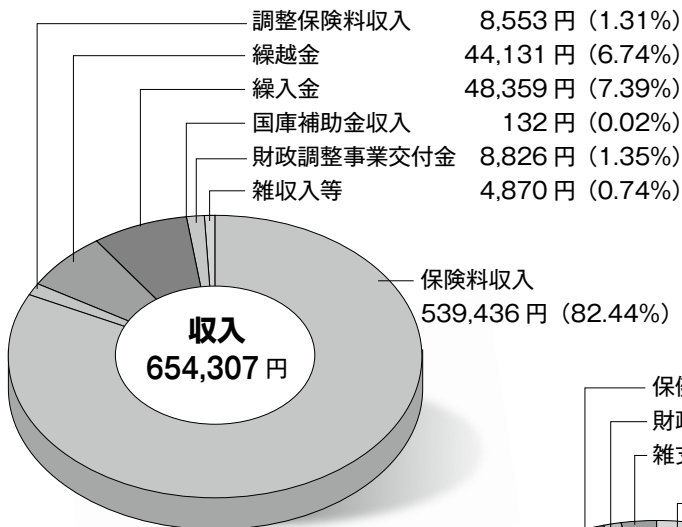
#### ●支出

| 科 目       | 予算額        |
|-----------|------------|
| 介 護 納 付 金 | 183,340 千円 |
| 還 付 金     | 129 千円     |
| 積 立 金     | 11,066 千円  |
| 支出 計      | 194,535 千円 |

### 予算の基礎数値

|            |            |
|------------|------------|
| ●被保険者数     | 3,399 人    |
| ●平均標準報酬月額  | 485,327 円  |
| ●平均年齢      | 43.42 歳    |
| ●健康保険料率    | 84.0/1000  |
| (内 調整保険料率) | 1.30/1000) |
| ●介護保険料率    | 12.6/1000  |

### 被保険者 1 人当たり予算額とその割合



## 平成29年度の医療・介護保険制度改革について

国は現在、平成32年度の財政健全化目標に向けて、「経済・財政再生計画」を推し進めています。その集中改革期間の2年目である29年度には、社会保障の分野においてもさまざまな見直しが予定されています。

### 介護納付金への総報酬割の段階的導入

40歳から64歳が負担する介護納付金は、加入している被用者保険（健康保険など）の第2号被保険者（40～64歳の被保険者）の数に応じて決められています。この「加入者割」という計算方式が、健保組合や共済組合ごとに第2号被保険者の報酬額に応じて負担を割り当てる「総報酬割」へと段階的に移行されます。

平成29年度（今年）8月から負担する金額の2分の1を総報酬割で計算、31年度には4分の3、32年度には全面総報酬割となります。これにより、協会けんぽは2,100億円の負担減、一方、健康保険組合は1,100億円、共済組合は1,000億円の負担増となる見込みです。

### 70歳以上の高額療養費自己負担限度額の引き上げ

医療費の自己負担が一定額を超えたときでも、超えた分は高額療養費制度により健康保険から払い戻されます。さらに70歳以上の場合、高齢受給者証等の提示により、はじめから限度額までの支払いとなっています。しかし、70歳未満と比べて外来の限度額自体が低く抑えられていることや、世代間の公平と負担能力に応じた医療費負担を求める観点から、低所得者を除く70歳以上の自己負担限度額の上限が見直されます。



## 後期高齢者の保険料軽減特例の見直し

75 歳以上になると、誰もが後期高齢者医療制度に被保険者として加入することになります。加入前に被用者保険の被扶養者として保険料を納めていなかった高齢者の保険料は、これまで 9 割が軽減されていましたが、平成 29 年度（今年）4 月から 7 割軽減に見直されます。

## 介護サービスにおける見直し

高所得者の介護保険のサービス利用については、高額介護サービス費の上限の引き上げと、平成 30 年度 8 月からの利用者負担割合の見直しが予定されています。

### 《 医療・介護分野で予定されている制度改革の概要 》

#### 平成 29 年度

##### ● 後期高齢者の保険料軽減特例の見直し 4 月

元被扶養者の均等割保険料を 9 割軽減から 7 割軽減に ➡ 平成 30 年に 5 割軽減、その後本則へ

##### ● 70 歳以上の高額療養費制度の自己負担限度額を引き上げ 8 月

一般・現役並み所得者の限度額を引き上げ、一般所得者の年間上限を設定

##### ● 高額介護サービス費制度の見直し 8 月

一般区分の月額上限を 37,200 円から 44,400 円に引き上げ

##### ● 被用者保険の介護納付金に総報酬割を段階的に導入 8 月

平成 29 年 8 月に 1/2 総報酬割 ➡ 31 年度に 3/4 総報酬割 ➡ 32 年度に全面総報酬割

##### ● 入院時光熱水費の患者負担の見直し 10 月

65 歳以上の医療療養病床患者の入院時光熱水費を引き上げ

比較的症状が軽い人（医療区分Ⅰ）は 1 日あたり 320 円が 370 円に、比較的症状の重い人（医療区分Ⅱ、Ⅲ）は負担なしから 200 円に、平成 30 年度からは医療区分Ⅰ、Ⅱ、Ⅲいずれも 370 円に

#### 平成 30 年度

##### ● 70 歳以上の高額療養費制度の所得区分細分化・自己負担限度額を引き上げ 8 月

一般所得者の限度額を引き上げ、現役並み所得者の所得区分の細分化と限度額の引き上げ

##### ● 高額医療・高額介護合算療養費制度の見直し 8 月

現役並み所得者の所得区分の細分化と限度額の引き上げ

##### ● 介護保険の利用者負担割合の見直し 8 月

現役並み所得者世帯の利用者負担割合を 3 割に引き上げ



# 家族健診のご案内

以下の2つの健診委託業者のうち1つを選択して受診していただきます。受診できる期間を平成29年5月頃から平成30年3月までとしますので、すべての被扶養者の皆さん奮って家族健診を受診くださるようお願いいたします。任意継続被保険者の方も対象になります。

なお、同一年度で受診できる家族健診は、1種類のみですでお間違えないようお願いいたします。

**また、当健保組合が提供する人間ドックについては、配偶者である被扶養者（満35歳以上）に限定されます。**

## I 一般財団法人日本健康増進財団（巡回型健診）

**受診資格** 平成29年度内（平成29年4月～平成30年3月）に満35歳以上になる全国にお住まいのすべての被扶養者及び任意継続被保険者（任意継続被保険者の被扶養者も含む）

**受診日時・場所** 7ページ上段の健診会場案内をご覧ください（なお、健診会場の詳細は受診資格者に送付するパンフレットをご参照ください）。

**申込方法** 4月初め、一般財団法人日本健康増進財団よりお手元に届く封筒からパンフレット及び生活習慣病健診申込書等を取り出し、パンフレットを熟読のうえ、当該健診申込書に必要事項を記入して（プライバシー保護シールを貼っても構いません）直接健診業者宛に郵送してください。

**健診料** 当健保組合が全額負担します。

**健診項目** 身体計測、血圧測定、健康調査、動脈硬化度測定、血液検査、心電図検査、大腸がん（便潜血反応）、子宮頸がん、眼底検査、PSA検査（50歳以上の男性）、肝炎ウイルス検査（希望者）等  
なお、当健保組合補助による肝炎ウイルス検査は加入期間中1回限りです。

**申込締切** 地域により異なります（7ページ上段の健診会場案内をご参照）。

**申込確認** 受付確認のハガキが健診日の2週間前までに送付されます。

**健診日時の通知** 健診日の2週間前までに通知

**健診結果の通知** 健診後約1カ月以内に通知

**健診業者** 一般財団法人日本健康増進財団 浅草橋事務所  
〒111-0053 東京都台東区浅草橋1-7-4 TEL 03-5687-5531 FAX 03-5687-5538

## ■健診会場

| 地区             |   |   | 実施予定時期                                    | 申込締切日             |
|----------------|---|---|-------------------------------------------|-------------------|
| 北              | 海 | 道 | 平成 29 年 5 月上旬～ 6 月下旬                      | 平成 29 年 4 月 18 日  |
| 東              |   | 北 | 平成 29 年 10 月中旬～ 11 月下旬                    | 平成 29 年 9 月 8 日   |
| 上              | 信 | 越 | 平成 29 年 5 月下旬～ 7 月下旬                      | 平成 29 年 5 月 12 日  |
| 関              |   | 東 | 平成 30 年 1 月下旬～ 3 月下旬                      | 平成 29 年 12 月 22 日 |
| 東              |   | 海 | 平成 29 年 10 月～ 11 月頃                       | 平成 29 年 9 月 15 日  |
| 関              |   | 西 | 平成 29 年 5 月～平成 30 年 3 月頃<br>(10 月、2 月を除く) | 平成 30 年 2 月 28 日  |
| 中              |   | 国 | 平成 29 年 6 月中旬～ 8 月上旬                      | 平成 29 年 5 月 10 日  |
| 四              |   | 国 | 平成 29 年 10 月上旬～ 10 月下旬                    | 平成 29 年 8 月 17 日  |
| 九州 (福岡、北九州、佐賀) |   |   | 平成 30 年 2 月中旬～下旬                          | 平成 30 年 1 月 12 日  |
| 九 州 ( そ の 他 )  |   |   | 平成 29 年 8 月下旬～ 9 月中旬                      | 平成 29 年 7 月 14 日  |

※会場への申込内容のお問い合わせはご遠慮ください。

## II 株式会社イーウェル(巡回型・施設型健診併用)

**受 診 資 格** 平成 29 年度内 (平成 29 年 4 月～平成 30 年 3 月) に満 35 歳以上になるすべての被扶養者及び任意継続被保険者 (任意継続被保険者の被扶養者も含む)

**受 診 日 時** 申込後随時 (受診場所により異なる)

**健 診 場 所** 上記受診資格のある被扶養者及び任意継続被保険者のお住まい近くに展開する医療機関・診療所及び健診会場 (巡回健診)

**申 込 方 法** 受診資格者に、株式会社イーウェルから健診の案内 (パンフレット、健診実施医療機関名簿、申込用紙) が 5 月から 6 月にかけて届きますので、同封申込用紙で直接健診業者に申し込んでください。

**最終申込締切** 平成 30 年 3 月 10 日

**健 診 料** オプション項目と含めて 30,000 円 (税込) まで当健保組合が負担いたします。

**健 診 項 目** 8 ページをご覧ください。

オプション健診項目を含め 30,000 円 (税込) を超過した場合、その超過分の費用については健診を受けた医療機関の窓口等で精算してください。

**健 診 業 者** 株式会社イーウェル健康サポートセンター TEL 0570-057091 FAX 0570-057021

# 株式会社イーウェル けんぽ共同健診 平成29年度健診内容

| 検査項目             | 詳細項目                 | イーウェル一般健診コース<br>A1(便検査 有り) |                          | イーウェル特定健診コース |                          |
|------------------|----------------------|----------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
|                  |                      | 巡回型                        | 施設型                      | 巡回型          | 施設型                      |
| 身体測定・診察等         | 問診                   | ●                          |                          | ●            |                          |
|                  | 理学所見                 | ●                          |                          | ●            |                          |
|                  | 身長                   | ●                          |                          | ●            |                          |
|                  | 体重                   | ●                          |                          | ●            |                          |
|                  | BMI                  | ●                          |                          | ●            |                          |
|                  | 血圧                   | ●                          |                          | ●            |                          |
|                  | 腹囲                   | ●                          |                          | ●            |                          |
|                  | 視力                   | ●                          |                          |              |                          |
| 胸部 X 線           | 胸部 X 線撮影(直接)         |                            | ●                        |              |                          |
|                  | 胸部 X 線撮影(間接)         | ●                          |                          |              |                          |
| 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             | ●                          |                          |              |                          |
| 血液検査             | 血液一般                 | 赤血球(RBC)                   | ●                        |              | <input type="checkbox"/> |
|                  |                      | 血色素(ヘモグロビン)                | ●                        |              | <input type="checkbox"/> |
|                  |                      | ヘマトクリット(Ht)                | ●                        |              | <input type="checkbox"/> |
|                  |                      | 血小板(PLT / PL)              | ●                        |              |                          |
|                  |                      | 赤血球色素量                     | ●                        |              |                          |
|                  |                      | 赤血球色素濃度                    | ●                        |              |                          |
|                  |                      | 赤血球容積                      | ●                        |              |                          |
|                  |                      | 白血球                        | ●                        |              |                          |
|                  | 脂 質                  | 総コレステロール(T-Chol)           | ●                        |              |                          |
|                  |                      | 中性脂肪(TG)                   | ●                        | ●            |                          |
|                  |                      | HDL-cho                    | ●                        | ●            |                          |
|                  |                      | LDL-cho                    | ●                        | ●            |                          |
|                  | 肝 機 能                | GOT (AST)                  | ●                        | ●            |                          |
|                  |                      | GPT (ALT)                  | ●                        | ●            |                          |
|                  |                      | γ-GTP (γ-GT)               | ●                        | ●            |                          |
|                  | 腎 機 能                | 総蛋白(TP)                    | ●                        |              |                          |
|                  |                      | 尿酸(UA)                     | ●                        |              |                          |
|                  |                      | 尿素窒素(BUN)                  | ●                        |              |                          |
|                  |                      | 血清クレアチニン(CRE)              | ●                        |              |                          |
|                  | 血 糖                  | 空腹時血糖(BS)                  | ●                        | ●            | ●※                       |
|                  |                      | グリコヘモグロビン A1c (HbA1c)      | ●                        | ●            | ●※                       |
| 心 電 図            | 12 誘導                | ●                          |                          |              | <input type="checkbox"/> |
| 眼 底 検 査          | 片眼以上                 |                            | <input type="checkbox"/> |              | <input type="checkbox"/> |
| 便潜血検査            | 2 回法                 | ●                          |                          |              |                          |
| ◆健診費◆(税込) (単位:円) |                      | 10,044                     | 13,370                   | 6,372        | 7,506                    |

注 1. 上記 ●は必須項目となります。

注 2. ●※はいずれかを必ず実施となります(施設型の場合、健診機関によって実施が異なります)

注 3. □は医師の診断により実施する項目:施設のみ(受診施設の料金に準じて清算)

## オプション項目 料金表 (税込)

| 番号 | 項 目                        | 巡回型   | 施設型         |
|----|----------------------------|-------|-------------|
| 1  | 胃部(X線)(間接)                 | 4,110 | —           |
| 2  | 胃部(X線)(直接)                 | —     | 受診施設の料金に準ずる |
| 3  | 子宮頸部細胞診(医師採取)              | —     | //          |
| 4  | 子宮頸部細胞診(自己採取)              | 1,640 | //          |
| 5  | マンモグラフィ                    | 5,650 | //          |
| 6  | 乳房エコー                      | 3,080 | //          |
| 7  | 腹部超音波                      | 5,140 | //          |
| 8  | 前立腺がん検査(PSA)               | 2,050 | //          |
| 9  | 便潜血検査 2 回法 ※特定コースのみ OP 選択可 | 1,020 | //          |
| 10 | ピロリ菌検査                     | 2,050 | //          |
| 11 | ペプシノゲン検査                   | 2,570 | //          |
| 12 | ピロリ菌+ペプシノゲン検査セット           | 4,110 | //          |
| 13 | 胃管内視鏡検査                    | —     | //          |