

令和5年度 地方職員共済組合沖縄県支部 保健事業一覧

区分	事業名	実施期間	事業内容等
保健・ 疾病予 防事業	人間ドック (日帰り1日コース)	6月～9月  募集期間 4月中	当年度4月1日時点で組合員の資格がある、30歳、35歳、40歳以上の希望組合員本人 (当年度4月1日現在の年齢) 助成額26,000円以内 ※任意継続組合員は対象外  ※沖縄県が実施する定期健康診断は、受診できません。
	被扶養配偶者人間ドック (日帰り1日コース)	6月～9月  募集期間 4月中	当年度4月1日時点で組合員の資格がある、40歳以上の希望組合員被扶養配偶者 (当年度4月1日現在の年齢) 助成額26,000円以内 ※特定健康診査(特定健診)の受診はできません。
	特定健康診査 (特定健診)	4月～3月	40歳以上74歳までの組合員被扶養者、任意継続組合員とその被扶養者(当年度3月31日現在の年齢) 対象者に「特定健康診査受診券(セット券)」を発行、市町村集団健診か個別健診を「受診券」と「組合員証」で受診。  ※自己負担なし ※組合員本人については、法律により事業主健診優先となるため特定健診受診券は発行しません。
	特定保健指導	4月～3月	特定健康診査の結果、「生活習慣の改善が必要である」と判定された方に対して「特定保健指導 利用券」を発行。  ※自己負担なし
	疾病予防検診助成	4月～3月	組合員本人が疾病予防健診(がん検診等)を受診した場合 1人あたり年間 助成額12,000円以内 ※地共済の実施する人間ドック事業の受診者を除く ※任意継続組合員は対象外 ※保険診療にかかるものは対象外
	禁煙外来等助成	4月～3月	医療機関等が実施する禁煙治療により禁煙を達成した組合員に対し、禁煙外来治療に要した受診料等及び市販の禁煙補助薬の購入費用を助成 助成額10,000円以内 ※任意継続組合員は対象外
	メンタルヘルス相談	4月～3月	県内6カ所の医療機関等を指定 1年度につき12回まで無料相談 ※要事前予約(相談の際には「組合員証」を持参) ①長田クリニック(那覇市) ②みえばしクリニック(那覇市) ③金城孝次サイコセラピーオフィス(那覇市) ④ファミリーメンタルクリニック(沖縄市) ⑤日本産業カウンセラー協会沖縄支部(浦添市) ⑥山本クリニック/EAP産業ストレス研究所(浦添市)
	スマートライフセミナー	8月 予定	保健・栄養・運動の面から、講演及び実践によるメタボリックシンドローム脱却セミナー  ※自己負担なし

(つづく)



## 第1章 人間ドック事業

組合員及び組合員の被扶養配偶者が、地共済が実施する人間ドックを受診する場合に、1人あたり基本検査項目料金から26,000円以内を助成します。

### 1 受診対象者

令和5年4月1日時点で組合員の資格があり、4月1日時点の年齢が以下に該当する者で、健診結果から特定保健指導の対象となった場合年度内に特定保健指導を受けることに同意する者

- (1) 地共済組合員 … 30歳、35歳、40歳以上
- (2) 地共済組合員の被扶養配偶者 … 40歳以上

※企業局の組合員本人、任意継続組合員は対象外です。

### 2 費用負担

人間ドックの基本検査項目のみ、オプション検査項目による追加料金は自己負担。

- (1) 地共済の負担

基本検査項目料金から26,000円以内

- (2) 組合員、組合員の被扶養配偶者の負担

医療機関の人間ドック単価(各医療機関と契約する検査項目料金)から上記(1)の額を控除した額

### 3 受診期間

6月1日から9月30日までの期間(ただし、自然災害(台風)、感染症の流行等のやむを得ない事情により9月30日までに受診できない場合は、10月31日まで)

### 4 受診予約・申請方法

- ① 医療機関へ予約 をしてから、② 地共済へ電子申請システム で申請する。

①、②両方の手続きを完了していないと、受診を許可しません。

### 5 主な注意事項

■受診される際は、事前にメール又は文書等で送付される「受診許可証」を医療機関に提示してください。(紙またはスマートフォン等の画像でも可)

■組合員は、人間ドックと定期健康診断との重複受診はできません。

■被扶養配偶者は、人間ドックと特定健康診査との重複受診はできません。

■重複受診した場合は、人間ドック費用は全額自己負担となります。

令和5年度地共済人間ドック事業実施要領

1. 目的

本事業は、地方職員共済組合沖縄県支部（以下「地共済」という。）の保健事業の一環として、地共済組合員及び被扶養配偶者の生活習慣病対策を積極的に行い、当該組合員及び被扶養配偶者の健康維持及び増進を図るとともに、公務の能率向上並びに医療費増嵩の抑制に資することを目的とする。

2. 事業の実施主体

- (1) 本事業の実施主体は地共済とする。
- (2) 地共済組合員に係る定期健康診断項目は、沖縄県から地共済に業務委託する。

3. 受診対象者

令和5年4月1日時点で組合員の資格があり、4月1日時点の年齢が以下に該当する者（任意継続組合員を除く）で、かつ、検査結果から特定保健指導の対象となった場合、年度内に特定保健指導を受けることについて同意する者（ただし、治療状況により除外となる場合がある。）。

- (1) 地共済組合員・・・30歳、35歳、40歳以上
- (2) 地共済組合員の被扶養配偶者・・・40歳以上

4. 標準検査項目

定期健康診断項目、体脂肪率、胃検診、腹部超音波検査、肺活量検査等とする。

5. 費用負担

- (1) 地共済 上限 26,000円

ただし、地共済と各医療機関とで契約する人間ドック単価（標準検査項目に係る検査料金）が26,000円に満たない場合は当該契約金額までとする。

- (2) 組合員及び被扶養配偶者

地共済と各医療機関とで契約する人間ドック単価（標準検査項目に係る検査料金）に、各種オプション検査料金を加えた額から、上記(1)の額を控除した額

## 第5編 保健事業

### 6. 受診期間（事業実施期間）

令和5年6月1日から9月30日まで

### 7. 実施医療機関

実施医療機関は、地共済と人間ドックの業務委託契約を締結した医療機関とする。

### 8. 受診予約及び受診方法

- (1) 地共済は、電子申請サービスで受診希望者を募集する。（原則、全組合員が電子申請サービスで申請を行う。自宅等にもインターネット回線がなく、電子申請が出来ない場合のみ紙での申請を行う。）
- (2) 受診希望者は、実施医療機関に予約後、地共済人間ドック申込を行う。
- (3) 地共済は、申請を受理した受診希望者に対し「受診許可証」をメール又は文書等で送付する。
- (4) 受診許可を受けた者は、必ず受診時に「受診許可証」を医療機関に提示する。（紙またはスマートフォン等の画像でも可）また地共済組合員証（地共済組合員被扶養者証）、自己負担に要する費用を持参する。
- (5) 受診時に「受診許可証」を提示できない場合は「対象外」となり、全額自己負担となる。

### 9. 検査結果の通知等

- (1) 人間ドックの検査結果は、実施医療機関等から直接受診者に通知されるとともに、特定健康診査及び定期健康診断項目に係る電磁的記録等により地共済に提供される。
- (2) 人間ドックの検査結果を定期健康診断に代えるため、地共済は、定期健康診断項目を電磁的記録により沖縄県に提供する。なお、上記5(1)の額のうち6,200円を、組合員に係る定期健康診断費用として沖縄県負担とする。

### 10. 特定保健指導、健康管理指導

- (1) 地共済は、検査結果に基づいて特定保健指導対象者の特定保健指導を実施する。また、特定保健指導の対象者及び階層化判定結果を沖縄県と情報共有するものとする。
- (2) 沖縄県は、定期健康診断項目に係る検査結果に基づいて、必要に応じて保健指導（健康管理指導）を実施する。
- (3) 特定保健指導対象者は、特定保健指導を受けるものとする。当該年度期限内に特定保健指導を受けなかった場合は、翌年度の地共済人間ドック事業対象者として許可されない場合があるものとする。

### 11. 個人情報の保護

- (1) 本事業の実施に伴う個人情報の管理及び保護は、地方職員共済組合個人情報保護規程に基づいて行われるものとする。
- (2) 地共済人間ドックの受診を申し込んだ者は、本事業の実施に必要な個人情報が沖縄県、地共済及び各医療機関相互に提供されることに同意したものとする。また、検査結果が

## 第5編 保健事業

データヘルス計画に基づき地共済が実施する保健事業に活用されることに同意したものとす。

### 12. 重複受診した場合の自己負担

- (1) 組合員は、地共済人間ドックと定期健康診断を重複受診してはならない。重複受診した場合は、地共済人間ドック費用は全額自己負担とする。
- (2) 被扶養配偶者は、地共済人間ドックと特定健康診査を重複受診してはならない。重複受診した場合は、地共済人間ドック費用は全額自己負担とする。

### 13. その他

地共済支部長は、この要領に定めるもののほか、地共済人間ドック事業の実施に関し必要な事項を定めることができる。

## 附 則

この要領は、令和5年4月1日から施行する。

第5編 保健事業

令和5年度 地方職員共済組合沖縄県支部 人間ドック事業契約医療機関一覧

No	医療機関名	人間ドック検査基本項目 料金(税込)※1 胃カメラ別		健診当日 特定保健指導 対応可	予約番号 (内線)
		組合員	被扶養配偶者		
1	沖縄県立北部病院 (名護市)	34,210			0980-52-2719
2	北部地区医師会病院 健康管理センター (名護市)	30,910		○	0980-52-0777
3	KIN放射線治療・健診クリニック (金武町)	34,400		○	098-968-4664
4	中部協同病院 (沖縄市)	29,300			098-938-6160
5	ちばなクリニック (沖縄市)	33,000		○ (動機付け支援のみ)	098-939-5477
6	翔南病院 (沖縄市)	28,600			098-930-3020
7	仲宗根クリニック (沖縄市)	33,000			098-933-8000
8	中部地区医師会 検診センター (北谷町)	33,000		○	098-936-8290
9	中部徳洲会病院 (北中城村)	34,100			0570-00-1789
10	ハートライフ病院 (中城村)	33,000		○	098-870-3730 (月～土9時～15時)
11	海邦病院 (宜野湾市)	33,000			098-898-2111
12	アドベンチスト・メディカル・センター (西原町)	32,817		○	098-946-2844
13	同仁病院 (浦添市)	30,000		○	098-876-2212
14	浦添総合病院 健診センター (浦添市)	34,760	34,430	○	0570-010-986
15	与那原中央病院 (与那原町)	30,000		○	098-945-8101
16	沖縄第一病院 (南風原町)	30,000			098-888-1151
17	沖縄県健康づくり財団 (南風原町)	31,900		○	098-889-6792
18	小禄病院 (那覇市)	32,400	32,000	○	098-857-8713
19	沖縄赤十字病院 (那覇市)	34,100		○	098-836-7433
20	沖縄セントラル病院 (那覇市)	37,400	※2	○	098-854-5541
21	徳洲会新都心クリニック (那覇市)	34,100			098-860-0386
22	琉生病院 (那覇市)	30,250	30,085		098-885-5131
23	那覇市立病院 健診センター (那覇市)	29,700		○	098-884-5106
24	那覇市医師会 生活習慣病検診センター (那覇市)	31,350		○	098-860-3017
25	豊見城中央病院附属 健康管理センター (豊見城市)	35,860	35,530	○	098-852-2000
26	とよみ生協病院 (豊見城市)	29,700		○	098-850-9003
27	沖縄メディカル病院 (南城市)	29,700	28,600		098-947-3555
28	南部徳洲会病院 (八重瀬町)	33,000		○	098-998-0309
29	宮古島徳洲会病院 (宮古島市)	33,000			0980-72-0002
30	石垣島徳洲会病院 (石垣市)	33,440			0980-83-5507 (平日午後のみ)
31	かりゆし病院 (石垣市)	34,500			0980-84-3111
32	赤坂中央クリニック (東京都)	44,000			03-3582-4991
33	イーク紀尾井町 (東京都)	46,200		調整中	0120-190-828 4/10より予約開始
34	全日本労働福祉協会 東海診療所 (愛知県)	39,600		○	0120-582-751
35	桜橋渡辺病院附属 駅前第三ビル診療所 (大阪府)	44,000			06-6348-0411

地共済人間ドック申請は、必ず医療機関への予約後に行ってください。予約なし申請は、受診許可取消となる場合があります。

注) 上記金額は、各医療機関の「人間ドック検査基本項目」の健診料であり、基本項目は各医療機関ごとに異なります。

\* 各医療機関ごとの基本項目料金から、地共済が26,000円(上記の料金が26,000円を超えない場合はその料金まで)を上限に負担し、残額は自己負担となります。

オプション検査(胃カメラ検査への変更による追加料金、婦人科検診、など)を受診した分についても、自己負担となります。

「○」印は、健診結果から特定保健指導対象者となった方について、健診当日に特定保健指導が受けられる医療機関です。

\* 特定保健指導は「職専免」が適用されます。人間ドックとあわせて当日の利用をお願いします。

(参考情報) 詳細については、各医療機関へ問い合わせてください。

※1 胃カメラ検査を希望する場合は追加料金が発生します。

※2 「沖縄セントラル病院」検査料金には、頭部CT-Scanが含まれます。

## 第2章 特定健康診査・特定保健指導事業

平成20年から「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき実施しています。普段は気づきにくい体の変化を知り、生活習慣病を予防するための事業です。対象となる方は必ず受けるようにしてください。

### 1 特定健康診査

#### (1) 対象者

40歳以上の被扶養者、任意継続組合員・被扶養者

※組合員について・・・ 組合員は、労働安全衛生法による「事業主健診」が優先されるため、特定健診ではなく定期健診もしくは地共済人間ドックを受診します。(これらを受診したことで特定健診を受診したとみなします。)

#### (2) 料 金

無 料 (約7,000円相当の検査を地共済が全額負担します)

#### (3) 健診項目

身体計測 等	身長、体重、BMI、腹囲、血圧測定
血液検査	脂質(中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール) 肝機能(AST、ALT、γ-GT) 血糖(空腹時血糖値、HbA1c)
尿検査	尿たんぱく、尿糖、尿潜血
その他詳細項目※	心電図、眼底検査、貧血、血清クレアチニン

※医師が必要と判断した場合は無料

#### (4) 受診時に必要な物

①組合員証(健康保険証)

②**特定健診受診券(セット券)** ※毎年6月頃、対象者の自宅宛に発送します。

#### (5) 受診方法

①市町村の集団健診で受ける

詳しい日程等はお住まいの市町村へご確認ください。なお、集団健診の場合は、受診券が届く前でも組合員証のみで受診することができます。

②契約医療機関で受ける

希望する医療機関へ電話予約の上、受診してください。また、県外でも本券を使って特定健診を受診することができます。詳細は地方職員共済組合のホームページでご確認ください。



## 第5編 保健事業

### (6) その他

#### ①職場健診がある方(被扶養者)

勤務先で職場健診を受ける機会のある方は、職場健診を受け、その結果を地共済へ提出してください。(医療保険者は、加入者の職場健診結果を特定健診結果として提供を求めることができると法律により規定されています。)

#### ②地共済被扶養配偶者ドックを利用する方

ドックを受けることで、特定健診を受診したとみなされるため、受診券(セット券)の発行はありません。特定健診受診券(セット券)が届いた場合は、必ず地共済へ返戻してください。

## 2 特定保健指導

### (1)対象者

40歳以上の組合員、被扶養者、任意継続組合員・被扶養者のうち、健診結果※が以下に該当する方

◇腹囲またはBMIが基準値を超えており、かつ血圧・血糖・脂質のいずれかが基準値を超える

※健診結果:定期健診、地共済人間ドック、任意ドック、特定健診等の健診結果です。

基準を超える数

1つ:動機付け支援

2つ以上、又は1つ該当の喫煙者:

積極的支援

### (2)支援内容

①動機付け支援:1回の面談後、3~6ヶ月後に生活習慣などの変化を確認します(電話・メール等)

②積極的支援:1回の面談後、メールや面談等で2~3回の継続した支援をおこないます。

### (3)料 金

無 料 (指導にかかる費用は地共済が全額負担)

### (4)実施方法

対象者には、地共済から「特定保健指導利用券」を発行します。お手元に届いたら、以下のいずれかで保健指導を受けてください。

①職場で受ける(本庁、出先機関)・・・地共済の保健師がご希望の日時を調整の上、実施。

②契約医療機関で受ける・・・ご希望の医療機関へ電話予約の上、受診。

※保健指導は**職専免**で受けることができます。

### 第3章 疾病予防検診助成

組合員本人が疾病予防検診(がん検診等)を受ける場合に助成を行います。

#### 1 対象者

地共済組合員本人が対象です。年齢制限はありません。

※ 地共済が実施する人間ドックを受診した組合員を除く。

※ 任意継続組合員を除く。

#### 2 対象となる検診

保険診療にかかるもの以外の検診すべて

歯科検診、地共済事業以外人間ドック(=任意ドック ※1泊2日コースなど含む)、  
レディースドック、PET検診、脳ドック、心臓ドック、婦人検診、前立腺がん検査、  
胃検診、大腸検査、腹部エコー検査 など

#### 3 助成金

12,000 円を上限とする。

#### 4 申請方法

(1) 提出書類

① 疾病予防検診助成金請求書

② 医療機関等の領収書

(2) 提出先

地共済

(3) 提出期限

令和6年3月31日

#### 5 注意事項

助成金の請求は、1年度に1回とする。

## 疾病予防検診助成金交付要領

### 1 目的

本事業は、地方職員共済組合沖縄県支部（以下「地共済」という。）の保健事業の一環として、地共済組合員の生活習慣病対策を積極的に行い健康維持及び増進を図るとともに、公務の能率向上並びに医療費増嵩の抑制に資することを目的とする。

### 2 助成の健診範囲

助成の対象となる疾病予防検診とは、歯科検診、人間ドック、脳ドック、婦人検診、前立腺がん検査、胃検診、大腸検査、腹部エコー等の各種検診とする。

ただし、保険診療に係るものは対象外とする。

### 3 助成対象者

助成対象者は、地共済の実施する人間ドック受診者を除く地共済組合員本人とする。（任意継続組合員を除く）

### 4 助成金の額

助成金の額は、12,000円を上限として助成する。

### 5 助成金の請求

(1) 地共済組合員は、助成金を請求するときは、地共済の指定する疾病予防検診助成金請求書に医療機関等の領収書（写し可）を添付し、地共済支部長に提出するものとする。提出期限は3月31日とする。

(2) 助成金の請求は、1年度に1回とする。

### 6 その他

この要領に定めのない事項については、地共済支部長の定めるところによる。

### 附 則

この要領は、令和5年4月1日から施行する。

## 第4章 メンタルヘルス相談

メンタルヘルス相談事業として専門の機関を指定し、組合員及びその家族の心の健康保持及び増進のため「メンタルヘルス相談事業に関する実施要領」に基づき助成します。

こんなとき、お気軽にご相談ください。

- ▶ よく眠れない
- ▶ 人間関係(職場・家庭など)がうまくいかない
- ▶ なんとなく、やる気がでない
- ▶ イライラして落ち着かない
- ▶ 落ち込みやすく、気が沈む など・・・

■利用できるのは、地方職員共済組合の組合員およびその家族(被扶養者)です。

■年度間12回まで無料相談できます。

### 利用手順

①組合員等は、地共済指定の相談機関へ事前に電話予約をしてください。

その際に「地方職員共済組合の組合員」と申し出てください。

また、日時を変更する場合にも必ず事前に連絡してください。

②相談を受ける際は、「地方職員共済組合 組合員証」を持参してください。

相談の結果、治療又は投薬等がある場合は、保険診療(有料)となります。

※ 組合員に関する相談を、上司または同僚等が行う時は、内容により医師等の判断で相談をお断りする場合がありますので、あらかじめご了承ください。

※ 電話による相談は受けられません。

各相談機関より報告される相談実施報告書(組合員番号)の個人情報は、「地方職員共済組合個人情報保護規程」に基づき適正に取扱います。

## メンタルヘルス相談事業に関する実施要領

### 1 目的

この要領は、地方職員共済組合組合員及びその被扶養者（以下「組合員等」という。）が、地方職員共済組合沖縄県支部長（以下「支部長」という。）の指定した相談機関（以下「指定機関」という。）を利用した場合に、利用金額の一部を助成し、組合員の心の健康保持及び増進を図ることを目的とする。

### 2 指定機関

指定機関は、別表のとおりとする。

### 3 助成の方法

組合員等が指定機関でカウンセリングを受けた場合は、地方職員共済組合が指定機関へ相談委託料を支払うものとする。また、組合員等に対する助成は、利用助成期間内につき通算12回までとする。

### 4 利用助成期間

利用助成期間は、令和5年4月1日から令和6年3月31日までとする。

### 5 指定機関の利用方法

指定機関を利用する場合は、指定機関へ事前に電話等で「地方職員共済組合のメンタルヘルス相談事業」を利用する旨連絡し、カウンセリングの日時を予約の上、来院時に受付窓口にて地方職員共済組合組合員証を提示してカウンセリングを受けるものとする。

### 6 利用報告書

毎月の相談業務が終了したときは、指定機関より別紙1「相談件数報告書」と別紙2「相談実施報告書」を徴するものとする。また、相談者に係る個人情報の保護が行われるよう、安全確保の措置を十分に講ずる。

### 7 雑 則

支部長は、この要領のほか必要な事項を別に定めることができる。

### 附 則

この要領は、令和5年4月1日から実施する。

別表

令和5年度 メンタルヘルス相談 指定機関一覧表

地方職員共済組合沖縄県支部

令和5年4月1日現在

①	<b>長田クリニック</b>	那覇市国場334-1
	相談時間	9:00～17:00 (土曜日は午前中診療)
	休診日	土曜日午後・水曜日・日曜日・祝祭日
	TEL	098-833-7878
②	<b>みえばしクリニック</b>	那覇市久茂地3-8-15 1階
	受付時間	8:00～15:00 【木曜日は女性専用外来】
	休診日	月曜日・日曜日・祝祭日・第3水曜日(午後)
	TEL	098-863-7788
③	<b>金城孝次サイコセラピーオフィス</b>	那覇市首里石嶺町4-191-16
	相談時間	電話にてお問い合わせ願います
	休診日	電話にてお問い合わせ願います
	TEL	098-885-1343
④	<b>ファミリーメンタルクリニック</b>	沖縄市知花6-40-3
	相談時間	9:00～17:00 (水曜日は午前中診療)
	休診日	水曜日午後・土曜日・日曜日・祝祭日
	TEL	098-939-5561
⑤	<b>日本産業カウンセラー協会沖縄支部</b>	浦添市牧港5-6-8 沖縄県建設会館3F
	相談予約受付時間	月曜日から金曜日までの10:00～18:00
	休診日	電話にてお問い合わせ願います
	TEL	098-975-6061
⑥	<b>EAP産業ストレス研究所／山本クリニック</b>	浦添市伊祖2-30-7
	相談時間	9:00～12:30 14:00～18:30 (土曜日は14:00以降休診)
	休診日	水曜日・土曜日(14:00～)・日曜日・祝祭日
	TEL	098-879-3320

\*事前予約が必要です。(「地方職員共済組合の組合員」で「メンタルヘルス相談希望」の旨を伝えてください。)

## 第5章 元気回復事業助成

組合員の元気回復及び健康増進並びに親睦を図ることを目的に、所属所又は課単位で実施した元気回復事業に対し「元気回復助成金交付要領」に基づき助成します。

### 申請方法等

- 地共済組合員1人につき1,000円を上限とし、交付します。任意継続組合員は、助成対象外です。
- 提出書類は、①申請書 ②領収書 ③参加者名簿 ④通帳の写し です。
- 元気回復事業を実施したら、実施日の翌月末日までに必要書類を提出してください。3月実施分の最終〆切は3月31日です。

### 留意事項

- 忘新年会、観月会、歓送迎会及びバーベキューなどは対象外です。
- 食料品、それを調理するための器具、飲食に付随するもの及び賞品(景品)代は、対象外です。

## 元気回復助成金交付要領

### 1 目的

この要領は、地方職員共済組合沖縄県支部長（以下「支部長」という。）が組合員（任意継続組合員を除く）の元気回復及び健康増進並びに親睦を図ることを目的とした元気回復事業に助成するため、必要な事項を定めるものとする。

### 2 助成対象事業・経費・事業数

助成の対象とする事業は、次のとおりとする。

- ①実施主体： 所属所又は課単位（以下「所属所等」という。）
- ②事業内容： 各種運動競技大会、スポーツ大会及び健康増進に資する健康講演会（セミナー等）。
- ③助成対象経費： 元気回復事業の実施に要する体育館・運動場等の会場使用料、保険料、スポーツ大会への参加料、元気回復事業で使用する用具代、消耗品代及び健康講演会等実施に係る講師派遣料とする（食料品、それを調理するための器具、飲料に付随するものおよび賞品（景品）代は、対象外）。
- ④助成対象事業数： 1所属所等につき1事業（当該事業が複数日にわたり実施される場合には、実施日中いずれか1日）とする。ただし、交代制勤務の所属所等については2事業まで認める。

### 3 助成額

元気回復事業の実施に伴う経費の一部を予算の範囲内で助成する。助成金額は所属所等単位で実施する元気回復事業に参加した組合員1人あたり1,000円（年額）を限度とし、元気回復事業に係る支出のうち、支部長が認めた上記2③の助成対象経費を助成金額として交付する。

### 4 助成対象期間

助成期間は、令和5年4月1日から令和6年3月31日までとする。

### 5 助成金交付申請書等の提出

助成金の交付を受けようとする所属所等の長は、元気回復事業助成金交付申請書（第1号様式）、領収書（原本）、参加者名簿（任意様式）及び通帳の写しを、元気回復事業実施日の属する日の翌月末日までに支部長へ提出するものとする。ただし、3月実施分は実施後速やかに提出するものとし、3月31日を提出期限とする。

### 6 助成金の交付

- ① 支部長は、助成金交付申請書等を受理したときは、これを審査し、適当と認めるときは、地方職員共済組合沖縄県支部給付金等支払規程（平成24年4月2日地共沖規程第1号）第2条第3項の規定により、助成金交付申請書に記載の受取金融機関口座（郵便局以外の金融機関）に振り込むものとする。
- ② 助成金の振込は、助成金交付申請書を受理した月の翌月の末日までに振り込むものとする。



## 第5編 保健事業

### 7 雑則

この要領のほか、元気回復助成金の交付に関し必要な事項は、支部長が別に定めることができる。

#### 附 則

この要領は、令和5年4月1日から実施する。

第1号様式

### 元気回復助成金 交付申請書

※ 申請書の太枠内を記入及び押印してください。

実施種目						元気回復事業実施取扱者			
実施内容	職場名		TEL						
	氏名				印				
実施年月日	令和	年	月	日	受取金融機関				
実施場所	銀行		本店						
	金庫		支店						
	預金種別		口座番号		出張所				
					口座名義人				
事業参加組合員数			人		フリガナ				
					氏名				
元気回復助成請求金額 内訳					※ 地共済処理欄				
品名	単価	数量	金額		承認額	備考			
			円		円				
			円		円				
			円		円				
			円		円				
			円		円				
			円		円				
			円		円				
			円		円				
合計金額			円		円				
元気回復助成請求額			円		円				
上記のとおり元気回復事業を実施しましたので、領収書を添えて申請します。									
地方職員共済組合沖縄県支部長 殿									
令和 年 月 日									
所属機関の長									
職名									
氏名									
公印									
※地共済処理欄									
1. 予算額(保健経理:厚生費)	円	令和	年	月	日	交付			
2. 執行済み金額	円	事務長	事務次長	班長	係				
3. 執行予定額	円								
4. 予算残額(1-2-3)	円								

第6章 スポーツ施設等利用助成

組合員の体力づくり及び健康保持・増進のため、「スポーツ施設等利用助成に関する実施要領」に基づき助成します。利用できるのは組合員本人のみです。(被扶養家族は対象外です)

(別表)

令和5年度 指定スポーツ施設等一覧表

地方職員共済組合沖縄県支部

令和5年4月1日現在

	スポーツ施設等名称	利用1回当たりの組合員本人負担額
1	<b>スポーツクラブ・ナック</b> 那覇市辻3-1-40 098-863-7266	550円
2	<b>スポーツパレス ジスタス那覇</b> 那覇市西2-5-5 098-868-0758	(注) 同月に複数の施設の利用が可能で、各施設ごとに <b>一月当たり5回まで</b> が助成の対象となります。  ※6回目からは助成対象外で、利用料金全額自己負担となります。(料金は施設毎に異なります)
3	<b>スポーツパレス ジスタス浦添</b> 浦添市沢岬2-23-1 098-878-1122	
4	<b>スポーツパレス ジスタス美里</b> 沖縄市美里4-20-1 098-982-1115	
5	<b>スポーツパレス ジスタスABLOうるま</b> うるま市豊原394-1 098-923-3777	
6	<b>スカイウェルネススポーツ</b> 那覇市具志890番地1 098-857-0008	
7	<b>パブリックうらそえ</b> 浦添市西原5-51-1 098-877-3513 ※利用日(平日・土・日・祝祭日)により自己負担額は変動します。 ※利用ホール数(9ホール・18ホール)により自己負担額は変動します。	1,150円～ 3,250円
8	<b>ISLANDS FITNESS Buil Pani</b> 石垣市新川418-2 0980-87-9022	610円

- ※ 地方職員共済組合スポーツ施設利用助成は、組合員本人のみが対象です。
- ※ 各施設ごとに一月当たり5回までを助成の対象とします。
- ※ 施設利用の際は、受付にて「地方職員共済組合組合員証」を提示し、「地方職員共済組合スポーツ施設等利用者名簿」に利用月日・所属所名・組合員番号・組合員氏名・連絡先を記入してください。

## スポーツ施設等利用助成に関する実施要領

### 1 目的

この要領は、地方職員共済組合沖縄県支部組合員本人（以下「組合員」という。）が、地方職員共済組合沖縄県支部長（以下「支部長」という。）の指定したスポーツ施設等（以下「指定施設」という。）を利用した場合に、利用金額の一部を助成し、組合員の健康保持、増進、疾病予防及び医療費増嵩対策を図ることを目的とする。

### 2 指定施設

指定施設は、別表に掲げるものとする。

### 3 利用助成の方法及び対象

- (1) 組合員が指定施設を利用した場合は、支部長が指定施設に利用助成金を支払うものとする。
- (2) 助成の対象は同一組合員について、1施設当たり月5回までとし、1施設当たり月6回目からは助成の対象としない。（同月に複数の施設の利用が可能、各施設ごとに5回までが助成の対象。）

### 4 利用助成期間

利用助成期間は、令和5年4月1日から令和6年3月31日までとする。ただし、予算額の範囲を超えた場合は、その時点で終了することができるものとする。

### 5 指定施設利用の方法

指定施設を利用する場合は、各指定施設の利用規則に基づいて利用するものとし、受付窓口で「地方職員共済組合組合員証」を提示のうえ、「地方職員共済組合スポーツ施設等利用者名簿」に所属所名、組合員番号、氏名等必要事項を記入の上、個人負担分の施設利用料を支払うものとする。

### 6 盗難・事故等の損害

組合員が指定施設を利用した場合において発生した盗難・事故等の損害に関しては、すべて組合員と指定施設の間で解決するものとする。

### 7 利用状況報告

支部長は、指定施設から各月ごとに別紙1「スポーツ施設等利用者名簿」と別紙2「スポーツ施設等利用状況報告書」を徴するものとする。

### 8 雑則

支部長は、この要領のほか必要な事項を別に定めることができる。

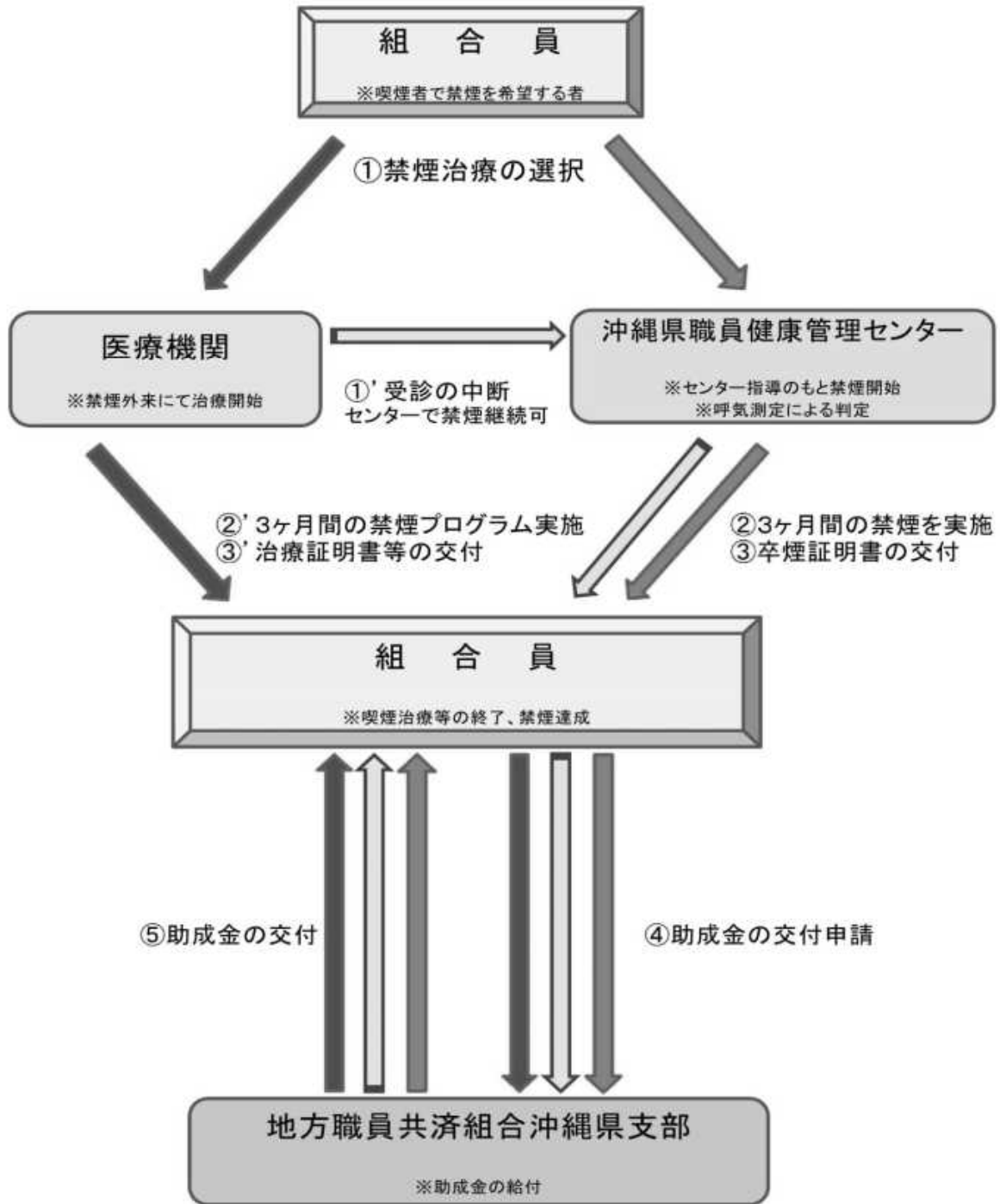
### 附則

この要領は、令和5年4月1日から実施する。

第7章 禁煙外来等助成

医療機関が実施する禁煙治療により禁煙を達成した組合員に対し、「禁煙外来等助成事業実施要領」に基づき助成します。

【地方職員共済組合が実施する禁煙外来等助成事業フロー】



## 禁煙外来等助成事業実施要領

### 1 目的

本事業は、地方職員共済組合沖縄県支部（以下「地共済」という。）の保健事業の一環として、地共済組合員の禁煙治療を促進するとともに、受動喫煙機会の減少を目指し、組合員の健康維持及び増進を図るため、医療機関等が実施する禁煙治療により禁煙を達成した組合員に対し助成を行う。

### 2 助成対象者

喫煙している組合員（任意継続組合員を除く）のうち、禁煙を希望する者。

### 3 助成要件

次のいずれかに該当すること。ただし、過去に当該助成金の交付を受けた者については助成対象としない。

- (1) 医療機関で禁煙外来治療を受け、禁煙治療を終了していること。
- (2) 沖縄県職員健康管理センターの指導を受け、3か月間禁煙の継続が呼気の一酸化炭素濃度測定で推定されていること。

### 4 助成対象経費

- (1) 禁煙外来治療にかかった費用（保険適用の医療費及び薬代）
- (2) 市販の禁煙補助薬（ニコチンガム、ニコチンパッチ）の購入費用

### 5 実施機関及び受診方法

次のいずれかの方法による。

#### (1) 医療機関の禁煙外来を利用する場合

組合員が希望する医療機関へ、組合員自らが直接申込みを行い禁煙外来を受診するものとする。受診料及び処方された薬代は組合員証を使用し、自己負担分を組合員本人が医療機関等に対し支払い、領収書を受領して保管するものとする。（助成金請求時の添付資料）

また、禁煙治療終了後、医療機関が発行する治療証明書（禁煙プログラム終了書等）を受領して保管するものとする。（助成金請求時の添付資料）

なお、禁煙外来を中断した場合でも、次の（2）で継続することは可能である。

#### (2) 沖縄県職員健康管理センターの指導を受ける場合

沖縄県職員健康管理センターの指導を受け、禁煙に取り組み、市販の禁煙補助薬を購入した場合は領収書を受領して保管するものとする。（助成金請求時の添付資料）

また、同センターの指導の下で禁煙を開始した日から3か月間、途中経過も含め、呼気の一酸化炭素測定などで継続した禁煙が推定された場合、同センターから「卒煙証明書」の発行を受けるものとする。（助成金請求時の添付資料）

### 6 助成金額

助成する金額は、禁煙外来治療に要した受診料等（保険者負担を除く自己負担額）及び市販

## 第5編 保健事業

の禁煙補助薬の購入費用とし、助成上限額は10,000円とする。(10,000円以内の場合はその実費)

### 7 助成金の交付請求

禁煙治療を終了した組合員が助成金の交付を受けようとするときは、別紙「禁煙外来等助成金交付申請書」に必要事項を記入し、下記の資料を添付して、治療証明又は卒煙証明年月日の属する年度の3月10日までに地共済支部長へ提出するものとする。ただし、3月に治療継続中の場合には翌年度の3月10日までに提出するものとする。

#### (1) 医療機関の禁煙外来を利用した場合

- ① 禁煙外来の領収書(原本)及び処方された薬の領収書(原本)
  - ② 治療証明書(原本)
- ※禁煙プログラム終了書等で治療終了が証明できる書類(任意様式)

#### (2) 沖縄県職員健康管理センターの指導を受けた場合

- ① 市販の禁煙補助薬を購入した時は、購入者氏名、薬品名、購入年月日、販売店名等が記載された領収書(原本)
- ② 「卒煙証明書」(原本)

#### (3) 禁煙外来の中断後、沖縄県職員健康管理センターの指導により禁煙を継続した場合

- ① 禁煙外来の領収書(原本)及び処方された薬の領収書(原本)
- ② 市販の禁煙補助薬を購入した時は、購入者氏名、薬品名、購入年月日、販売店名等が記載された領収書(原本)
- ③ 「卒煙証明書」(原本)

### 8 助成金の交付

支部長は、禁煙外来等助成金交付申請書を受領したときは、これを審査し、適当と認めるときは、交付申請をした組合員の共済組合登録口座に助成金を振り込むものとする。

### 9 その他

この要領のほか、禁煙外来等助成金の交付に関し必要な事項は、支部長が別に定めることができる。

### 附 則

この要領は、令和5年4月1日から施行する。

## 禁煙外来等助成金 交付申請書

1. 治療を受けた組合員について太枠以外を記入してください。

組合員番号	氏名	職場名
印 (tel)		
禁煙外来等治療実施機関名(医療機関名又は沖縄県職員健康管理センター)		
治療開始日	令和      年      月      日	
治療終了日	令和      年      月      日	
禁煙外来等助成金 請求金額	※地共済処理欄	
	承認額	備考
	円	

<注意事項>

※助成金上限額は10,000円。自己負担額の総額が10,000円以上の場合は請求金額は10,000円とし、10,000円未満の場合はその実費額を請求金額とする。

※添付資料(該当する資料を添付)

- (1) 禁煙外来の領収書(原本)及び処方された薬の領収書(原本)
- (2) 市販の禁煙治療薬を購入した場合は、購入者氏名、薬品名、購入年月日、販売店等が記載された領収書(原本)
- (3) 治療証明書(原本) ※禁煙プログラム終了書等で治療終了が証明できる書類(任意様式)
- (4) 卒煙証明書(原本)

※治療終了前に組合員の資格を喪失した場合や治療を中断した場合は補助対象外です。

※沖縄県職員健康管理センターの指導による禁煙プログラムを終了しても、沖縄県職員健康管理センターの「卒煙証明書」がない場合は補助対象外です。

地共済收受欄

※地共済処理欄						
1. 予算額(保健経理:厚生費)	円	令和      年      月      日交付				
2. 執行済み金額	円	事務長	事務次長	班長	担当者・班員	
3. 執行予定額	円					
4. 予算残額(1-2-3)	円					