

コース	①当組合個別契約健診機関で受診		②特定健診受診券による健診 (集合契約)		③巡回型健診 (健保連共同事業による)		④組合契約以外の機関で受診		⑤パート先等で受けられた健診結果を 当組合にご提供	
対象	年齢制限なし		令和4年4月1日現在、40歳以上の被扶養者 及び任意継続被保険者の特定健診対象者 (健保組合から受診券を配布された方)		40歳以上被扶養者及び任意継続被保険者		年齢制限なし		令和4年4月1日現在、40歳以上の被扶養者 及び任意継続被保険者の特定健診対象者 (健保組合から受診券を配布された方)	
特徴	受診券による健診項目に組合独自の項目を プラスした充実した健診を直接、健診機関に 電話等で予約して受診できます！ ※ 健診日当日保険証提示のみで受診可能		お住まいの近くのかかりつけの医院や市町村 の集団健診会場で受けたい方におすすめ！		お住まいの近くのホテル、ホール、会館など 受けたい方におすすめ！ ◆当組合個別契約健診機関と同等な健診！ ※ 乳がん検診・婦人科検診等が同日に受診可能		上限超過分自己負担		パート先等で受けられた健診結果をご提供 いただいた方にQ U Oカード 2,000円分 を進呈！	
	補助金申請・立替払い不要		補助金申請・立替払い不要		補助金申請・立替払い不要		補助金申請・立替払い必要			
	健診項目	費用	健診項目	費用	健診項目	費用	健診項目	費用	健診項目	費用
基本健診項目	質問票(服薬歴・喫煙歴等) 問診(既往歴・自覚症状等) 診察(医師による) 身体計測 (身長・体重・BMI・腹囲・ <b>視力</b> )  血圧測定 尿検査(尿糖・尿蛋白・ <b>尿潜血</b> ) 血液検査 肝機能検査 (GOT・GPT・γ-GTP) 血中脂質検査 (中性脂肪・HDL・LDL・ <b>総コレステロール</b> ) 血糖検査 (空腹時血糖・HbA1c) <b>尿酸</b> ・クレアチニン・ <b>血清アミラーゼ</b> 赤血球数・ヘモグロビン・ ヘマトクリット・ 白血球数 <b>聴力検査(オージオメータ)</b> 心電図検査(12誘導) 胸部X線撮影(直接撮影)	<div style="border: 2px solid red; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; text-align: center;"> <p style="color: red; font-weight: bold; margin: 0;">自己負担 なし 全額 組合負担</p> </div>	質問票(服薬歴・喫煙歴等) 問診(既往歴・自覚症状等) 診察(医師による) 身体計測 (身長・体重・BMI・腹囲)  血圧測定 尿検査(尿糖・尿蛋白)  血液検査 肝機能検査 (GOT・GPT・γ-GTP) 血中脂質検査 (中性脂肪・HDL・LDL)  血糖検査 (空腹時血糖・HbA1c)  貧血・心電図・眼底検査 血清クレアチニン検査  (医師が必要と判断した場合 のみ実施)	<div style="border: 2px solid red; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; text-align: center;"> <p style="color: red; font-weight: bold; margin: 0;">自己負担 なし 全額 組合負担</p> </div>	質問票(服薬歴・喫煙歴等) 問診(既往歴・自覚症状等) 診察(医師による) 身体計測 (身長・体重・BMI・腹囲・ <b>視力</b> )  血圧測定 尿検査(尿糖・尿蛋白)  血液検査 肝機能検査 (GOT・GPT・γ-GTP・ <b>ALP</b> ) 血中脂質検査 (中性脂肪・HDL・LDL)  血糖検査 (空腹時血糖・HbA1c) <b>尿酸</b> ・クレアチニン  赤血球数・ヘモグロビン・ ヘマトクリット・ 白血球数・ <b>血小板</b>  心電図検査(12誘導) 胸部X線撮影(直接撮影)	<div style="border: 2px solid red; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; text-align: center;"> <p style="color: red; font-weight: bold; margin: 0;">自己負担 なし 全額 組合負担</p> </div>	各機関の 一般健診項目 (任意)	<div style="border: 2px solid black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; text-align: center;"> <p style="color: black; font-weight: bold; margin: 0;">上限超過分 自己負担 上限 9,400円</p> </div>	受診券を配布された令和2年度特定 健診対象者の方がパート先等で健診 を受け、その健診結果コピーと別紙 「標準的な質問票」を健保組合にご提 出いただくと後日、 <b>Q U Oカード</b> <b>2,000円分</b> を進呈します。 (※健診結果は特定健診項目を全部 満たしていることが必要)	
	※網掛けは特定健診基本 項目にない項目 ※ 網掛け囲み緑字は 当組合独自項目		※網掛けは特定健診基本 項目にない項目 ※ 網掛け囲み青字は 巡回型健診独自項目		※①～④のコースを受けられた方は ご提供いただく必要はありません。					
オプション項目	撮影法 (間接・直接)	—		撮影法 (間接・直接)	—	合計で 上限5,000円	撮影法 (間接・直接)	—	合計で 上限5,000円	
	胃部 検診	ペプシノーゲン 上限 1,000円		胃部 検診	※ペプシノーゲン 上限 1,000円	※は申請が必 要な場合あり	胃部 検診	ペプシノーゲン 上限 1,000円	合計で 上限5,000円	
		ピロリ菌 上限 500円			※ピロリ菌 上限 500円		胃部 検診	ピロリ菌 上限 500円	合計で 上限5,000円	
	肝炎 ウイルス 検査	HBs 抗原		上限 700円	肝炎 ウイルス 検査	HBs 抗原	上限 2,400円	肝炎 ウイルス 検査	HBs 抗原	上限 700円
		HBs 抗体		上限 700円		HBs 抗体			上限 700円	
		HCV 抗体		上限 1,000円		HCV 抗体			上限 1,000円	
	前立腺がん検診 (PSA 検査)	上限 2,000円		前立腺がん検診 (PSA 検査)	上限 2,000円	前立腺がん検診 (PSA 検査)	上限 2,000円	前立腺がん検診 (PSA 検査)	上限 2,000円	
眼底検査	上限 1,000円	眼底検査	上限 1,000円	眼底検査	上限 1,000円	眼底検査	上限 1,000円			
大腸がん検診	上限 1,000円	大腸がん検診	上限 1,000円	大腸がん検診	上限 1,000円	大腸がん検診	上限 1,000円			

◇ 補助金額は、税込でかかった実費用です。上限を超えた場合はその超過分は自己負担になります！



