

当組合会館内実施健診項目と一部負担金【被扶養者・任意継続被保険者】

※当該年度(4月1日～翌年3月31日)にいずれか1度の補助になります。

※40歳以上の健診(B、D)は全て安衛法による定期健診と特定健診の項目が含まれています。

※オプション検査は一部負担金には含みません。

△は、オプション検査項目(上記以外にオプション検査多数あり。別紙参照)

□は、医師の判断に基づき選択的に実施する項目

▲は上部消化管X線から切替えた場合のみ健保負担で受診可能です。

(窓口支払金額に変更はありません。令和6年度にABC検診の費用補助を受けていない方に限ります)

検査分類	検査項目	健診コース/一部負担金(お支払いいただく額)		
		B	D	E
		¥5,000	¥15,000	¥0
問診	診察(聴打診)	○	(○)	○
身体計測	身長	○	○	○
	体重	○	○	○
	BMI指数	○	○	○
	標準体重	○	○	○
	腹囲	○	○	○
	体脂肪率		○	
視力		○	○	
血圧	最高／最低	○	○	○
	心拍数		○	
聴力	左右オージオ	○	○	
	左右音叉等			
糖代謝	尿糖(定性)	○	○	○
	空腹時血糖	○	○	○
	HbA1c	○	○	○
腎尿路系	尿蛋白(定性)	○	○	○
	尿潜血反応	○	○	
	尿比重		○	
	尿沈渣		○	
	クレアチニン	○	○	□
	eGFR	○	○	□
脂質代謝	総コレステロール	○	○	
	HDLコレステロール	○	○	○
	LDLコレステロール	○	○	○
	中性脂肪	○	○	○

検査分類	検査項目	健診コース/一部負担金(お支払いいただく額)		
		B	D	E
肝機能	AST(GOT)	○	○	○
	ALT(GPT)	○	○	○
	γ-GTP	○	○	○
	ALP	○	○	
	総蛋白		○	
	アルブミン		○	
	A/G比		○	
	LDH		○	
	総ビリルビン		○	
尿酸	尿酸	○	○	
血球検査	赤血球数	○	○	□
	ヘマトクリット	○	○	□
	ヘモグロビン	○	○	□
	MCV	○	○	
	MCH	○	○	
	MCHC	○	○	
	白血球数	○	○	
	血小板数	○	○	
	血清鉄		○	
血液型検査	ABO式(初回のみ)		○	
	Rh式(初回のみ)		○	
血清検査	CRP		○	
肝炎ウイルス	HBs抗原		○	
呼吸器系	胸部X線	○(DIG)	○(DIG)	
肺機能検査	スパイロメーター		○	
消化器系	上部消化管X線	○	○(DIG)	
	ABC検診	▲	▲	
	便潜血反応(免疫2回法)	○	○	
心電図	安静時	○	○	□
眼底	両眼	△	○	□
眼圧	両眼	△	○	
腹部超音波	腹部超音波	△	○	

DIG=デジタル撮影の略