

＜健診種別・検査項目及び健診料金＞

※2019年4月1日より適用

大阪装粧健康保険組合

| 健診種別          |                     | 定期健診                     | 婦人生活習慣病<br>予防健診 | レディース<br>人間ドック      | 人間ドック                                    | 特定健診             |
|---------------|---------------------|--------------------------|-----------------|---------------------|--|------------------|
| 実施健診機関        |                     | 小谷診療所契約<br>(全国8健診機関)     | 東振協<br>(会場集合型)  | 第一東和会病院<br>(大阪府高槻市) | 当組合の委託健診機<br>関または健保連契約<br>の健診機関          | 健保連<br>(集合契約A・B) |
| 対象者           | 被保険者                | 全従業員<br>※費用補助は40歳以上      | 40歳以上の女性        | 40歳以上の女性            | 40歳以上                                    |                  |
|               | 被扶養者                | 40歳以上                    | 40歳以上の女性        | 40歳以上の女性            | 40歳以上<br>(被扶養配偶者のみ)                      | 40歳以上            |
| 診察            | 診察                  | 医師診察・問診                  | ●               | ●                   | ●  | ●                |
|               | 身体計測                | 身長・体重・BMI・標準体重           | ●               | ●                   | ●  | ●                |
| 計測            | 腹囲                  | ●                        | ●               | ●                   | ●  | ●                |
|               | 血圧                  | 最高/最低                    | ●               | ●                   | ●  | ●                |
|               | 視力                  | 視力検査                     | ●               | ●                   | ●  | ●                |
|               | 聴力                  | 簡易聴力                     | ●               | ●                   | ●  | ●                |
|               | 肝機能                 | AST(GOT)・ALT(GPT)・γ-GTP  | ●               | ●                   | ●  | ●                |
| 肝機能           | 総蛋白                 | ●                        | ●               | ●                   | ●  | ●                |
|               | ALP                 | ●                        | ●               | ●                   | ●  | ●                |
|               | アルブミン               | ●                        | ●               | ●                   | ●  | ●                |
|               | 総ビリルビン              | ●                        | ●               | ●                   | ●  | ●                |
| 尿酸<br>腎機能     | 尿酸                  | ●                        | ●               | ●                   | ●  | ●                |
|               | 血清クレアチニン値           | ●                        | ●               | ●                   | ●  | □                |
|               | e-GFR(推算糸球体濾過量)     | ●                        | ●               | ●                   | ●  | ●                |
| 血液<br>検査      | 中性脂肪                | ●                        | ●               | ●                   | ●  | ●                |
|               | 総コレステロール            | ●                        | ●               | ●                   | ●  | ●                |
|               | HDLコレステロール          | ●                        | ●               | ●                   | ●  | ●                |
|               | LDLコレステロール          | ●                        | ●               | ●                   | ●  | ●                |
| 糖代謝           | Non-HDLコレステロール      | ●                        | ●               | ●                   | ●  | ●                |
|               | 血糖(空腹時)             | ●                        | ●               | ●                   | ●  | ●                |
| 血液一般          | HbA1c               | ●                        | ●               | ●                   | ●  | ●                |
|               | 白血球数(WBC)           | ●                        | ●               | ●                   | ●  | ●                |
|               | 貧血検査(RBC・Hb・Ht)     | ●                        | ●               | ●                   | ●  | □                |
| 血清学           | 赤血球恒数(MCV・MCH・MCHC) | ●                        | ●               | ●                   | ●  | □                |
|               | 血小板数                | ●                        | ●               | ●                   | ●  | ●                |
| 尿検査           | CRP                 | ●                        | ●               | ●                   | ●  | ●                |
|               | 血液型(ABO・Rh)         | ●                        | ●               | ●                   | ●  | ●                |
|               | HBs抗原               | ●                        | ●               | ●                   | ●  | ●                |
| 呼吸器系          | 尿蛋白                 | ●                        | ●               | ●                   | ●  | ●                |
|               | 尿糖                  | ●                        | ●               | ●                   | ●  | ●                |
|               | 尿潜血                 | ●                        | ●               | ●                   | ●  | ●                |
| 消化器系          | 胸部エックス線             | ●                        | ●               | ●(2方向)              | ●(2方向)                                   | ●                |
|               | 呼吸機能検査              | ●                        | ●               | ●                   | ●  | ●                |
| 心電図           | 上部消化管エックス線          | ●                        | ●               | (内視鏡)●(※2)          | ●(※1)                                    | ●                |
|               | 便潜血反応(免疫2回法)        | ▲(※3)                    | ●               | ●                   | ●  | ●                |
| 眼科            | 安静時                 | ●                        | ●               | ●                   | ●  | □                |
|               | 眼底(両眼)              | ●                        | □               | □                   | ●  | □                |
| 腹部超音波         | 眼圧(両眼)              | ●                        | ●               | ●                   | ●  | ●                |
|               | 腹部超音波               | ●                        | ●               | ●                   | ●  | ●                |
| 子宮            | 子宮頸部細胞診             | ●                        | ●               | ●                   | ▲(※4)                                    | ●                |
|               | 経膈エコー               | ●                        | ●               | ●                   | ●  | ●                |
| 乳房            | 乳房診察(視触診)           | ●                        | ●               | ●                   | ▲  | ●                |
|               | 乳房超音波(エコー)          | ●                        | ●               | ●                   | ▲  | ●                |
|               | マンモグラフィ             | ●                        | ●               | ●                   | ▲  | ●                |
| 健診料合計(消費税は除く) |                     | 7,100円                   | 20,190円         | 29,000円             | 各健診機関の<br>契約料金<br>(平均41,000円)            | 6,500円(集合A)      |
| (▲項目を除く)      |                     | (8,100円)<br>( )内は東京の健診機関 |                 |                     |  |                  |
| 健保組合補助額       | 被保険者                | 5,300円<br>(5,300円)       | 15,190円         | 21,000円             | 25,000円                                  |                  |
|               | 被扶養者                | 6,100円<br>(7,100円)       |                 |                     |  | 5,500円           |
| 自己負担額         | 被保険者                | 1,800円<br>(2,800円)       | 5,000円          | 8,000円              | 各健診機関の契約料金から<br>組合補助額(25,000円)を<br>控除した額 |                  |
|               | 被扶養者                | 1,000円<br>(1,000円)       |                 |                     |  | 1,000円           |

※人間ドックの検査項目は、各健診機関によって標準検査項目の差異があります。

● は標準検査項目

(※1) 受診者の希望により『上部消化管エックス線(バリウム)』に替えて『内視鏡(胃カメラ)』に変更可。(差額は健診機関窓口にて個人負担)

(※2) 受診者の希望により『内視鏡(胃カメラ)』に替えて『上部消化管エックス線(バリウム)』に変更可。(差額なし)

▲ はオプション項目(希望者のみ)

(※3) 便潜血検査 1,512円(消費税含む)(費用は健保組合負担)

(※4) 子宮頸がん検診 子宮頸部細胞診のみ補助対象。自己負担額1,500円(残りの費用は健保組合負担)

(※5) 乳がん検診 乳房超音波またはマンモグラフィのどちらか選択。自己負担額1,500円(残りの費用は健保組合負担)

乳房視触診のみのオプション検査とされる場合は補助金の対象外となりますのでご注意ください。

(注意) 50歳以上の男性に実施しておりましたPSA検査(前立腺腫瘍マーカー)は2019年度より休止となりましたので、希望される場合には、全額自己負担のオプション検査となります。

□ は医師の判断に基づき選択的実施項目(費用は健保組合負担)

(ご注意)

「子宮頸がん検診」「乳がん検診」は、ドック基本コースに含まれている場合がありますのでご確認ください。

◎ 当組合の健診費用の補助金の支給対象は、すべて40歳以上の方となります。

※平成31(2019)年度の場合、昭和55年3月31日以前に生まれた方)