

『生活習慣病予防健診』 実施について

生活習慣病予防健診を次の通り行います。対象は、事業主はもちろん家族、従業員の皆様です。ぜひ、受診されますようお知らせ申し上げます。

① 内容 《生活習慣病健診》 12,500円 (協会けんぽ助成申請の方は、裏面もご確認ください。)

身長・体重・腹囲測定・視力検査・血圧測定・尿検査・血液検査・聴力検査・心電図検査・眼底検査・胸部X線撮影・胃部X線撮影・内科診察

※今年度より、「生活習慣病予防健診【被扶養者】」を追加しております。

「協会けんぽ加入のご家族様へ 生活習慣病予防健診(被扶養者向け)」をご覧ください。

【追加項目】希望者のみ

| | | |
|--------------------------|--------|------------------------------------|
| 《肺がん検査》喀痰細胞診検査 | 3,000円 | ・自己採取法(検査容器をお渡しします) |
| 《前立腺がん検査》高感度PSA | 3,000円 | ・血液検査 |
| 《B型・C型肝炎検査》(HBs抗原・HCV抗体) | 2,000円 | ・血液検査 |
| 《腹部超音波検査》 | 4,000円 | ・肝臓・胆嚢・膵臓・腎臓・脾臓 を超音波(エコー)で検査します |
| 《子宮がん検査》子宮頸部細胞診検査 | 3,000円 | ・自己採取法(検査容器をお渡しします) |
| 《乳がん検査》乳腺超音波検査 | 4,000円 | |
| 《卵巣がん検査》CA125 | 3,000円 | ・血液検査 |

② 日時 4月18日(火)、19日(水)、20日(木) 21日(金)

受付時間 9:00 ~ 11:00

*混雑緩和の為、申込み先着順にて来館時間を設定させていただきます。

*受診票等の郵送時に来館時間を明記しますので、ご案内するお時間にご来館ください。

③ 場所 三郷市商工会館 2階 【電話 048(952)1231 FAX 048(952)3432】

④ 申込方法 申込書にご記入の上、FAX、もしくは商工会窓口までお申込みください。

【完全予約制】

⑤ 申込締切 3月10日(金)

⑥ 実施機関 一般財団法人 日本がん知識普及協会 03(3214)7531

受診票と検査容器(追加項目申込者のみ)は、お申込後に実施医療機関から各事業所へ郵送となります。料金のお支払いは当日です。ご容赦願います。

《注意事項》

- 料金精算はおつりが生じないようにご協力お願いいたします。
- 領収書を健診当日発行いたします。(実施機関名で) ●健診時間は1人約1時間です。
- 胃部X線検査・血液検査があるため、健診予定日の前日午後9時以降は絶食です。

協会けんぽ（全国健康保険協会）に加入の皆様

（健診費用の補助申請について）

今回の実施の生活習慣病健診については、「協会けんぽ」から費用の一部を助成していただけます。

※被保険者（令和6年4月1日付:35歳～74歳）が対象となります。（被扶養者の方は対象になりません）

※「協会けんぽ」による補助については、年度内に1回のみ申請可能です

既に他の健診等で申請済の方はご利用いただけません。

※年1回利用済みの方および、協会けんぽ（全国健康保険協会）の保険証資格者喪失の方につきましては、差額分を御請求させていただきます。

協会けんぽの補助を申請いただくと、対象の方の健診費用は下記のとおりとなります。

会 員 5,200円

※協会けんぽ指定検査全項目受診が基本となります。一部検査項目キャンセルは補助対象外となる場合がございますので、予めご了承ください。

※オプション費用につきましては、補助の対象外です。

申込書に、健康保険被保険者証の保険者番号・記号、健康保険証の番号を必ず記入してください。（未記入の場合は、補助申請なしとみなします。）

※受診後に変更出来ませんので、ご了承ください。

※協会けんぽ（全国健康保険協会）は国民健康保険（国保）とは異なりますのでご注意ください。

補助申請手続きの詳細等につきましては、「協会けんぽ埼玉支部」のホームページでご確認、もしくは直接お問い合わせ下さい。

協会けんぽ（全国健康保険協会）埼玉支部

〒330-8686 埼玉県さいたま市大宮区錦町682-2

大宮情報文化センター（JACK大宮）16階

TEL 048-658-5919

Web サイト <https://www.kyoukaikenpo.or.jp/shibu/saitama>

※5名を超える場合はコピーしてご使用ください(重複枚申込む方は右上に送信物が何枚目かご記入をお願いします)
例)3枚中2枚目の場合は 2/3枚目と記入

生活習慣病健康診断 申込書

令和 5 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--------------------|-----------------|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------------------------|--------------------------------------|--------|--------|
| 事業所名 | 電話 | | FAX | | | | | | | | | | |
| 協会けんぽの補助申請をされる場合は記入して下さい。 | 健康保険被保険者証の保険者番号【A】 | 健康保険被保険者証の記号【B】 | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 - | | 担当者名 | | | | | | | | | | |
| 氏名 | 生年月日 | 性別 | オプション項目に○をつけて下さい | | | | | | 希望日に○印 | 希望時間帯に○印 | 健康保険証の番号【C】 | | |
| | | | 3,000 | 3,000 | 2,000 | 4,000 | 3,000 | 4,000 | | | 3,000 | 被保険者 | 被扶養者 |
| フリガナ | 19__年__月__日 | 男・女 | 肺がん | PSA | 肝炎 | 腹部超音波 | 子宮がん | 乳がん | 卵巣がん | 18日 19日 20日 21日 | ①9時～ ②9時30分～ ③10時～ ④10時30分～ | 35～74歳 | 40～74歳 |
| フリガナ | 19__年__月__日 | 男・女 | 肺がん | PSA | 肝炎 | 腹部超音波 | 子宮がん | 乳がん | 卵巣がん | 18日 19日 20日 21日 | ①9時～ ②9時30分～ ③10時～ ④10時30分～ | | |
| フリガナ | 19__年__月__日 | 男・女 | 肺がん | PSA | 肝炎 | 腹部超音波 | 子宮がん | 乳がん | 卵巣がん | 18日 19日 20日 21日 | ①9時～ ②9時30分～ ③10時～ ④10時30分～ | | |
| フリガナ | 19__年__月__日 | 男・女 | 肺がん | PSA | 肝炎 | 腹部超音波 | 子宮がん | 乳がん | 卵巣がん | 18日 19日 20日 21日 | ①9時～ ②9時30分～ ③10時～ ④10時30分～ | | |
| フリガナ | 19__年__月__日 | 男・女 | 肺がん | PSA | 肝炎 | 腹部超音波 | 子宮がん | 乳がん | 卵巣がん | 18日 19日 20日 21日 | ①9時～ ②9時30分～ ③10時～ ④10時30分～ | | |

年齢基準日:令和6年4月1日

協会けんぽの補助申請される場合の記入方

※協会けんぽ以外の方は記入しないでください

健康保険被保険者証 本人(被保険者) ※ 00111
平成26年6月25日交付

【B】記号 21700023 番号 【C】21

氏名 協会 太郎
生年月日 平成 元年 5月 10日
性別 男
資格取得年月日 平成 26年 6月 1日

事業所名称 ○○ 株式会社
保険者番号 01101100116【A】
保険者名称 全国健康保険協会 ○○支部
保険者所在地 ○○市○○区○○町○○-○-○

※部分 本人(被保険者) または 家族(被扶養者) とある方が対象
協会けんぽの補助申請される場合
上記 赤枠内 3箇所

※受診当日は、健康保険証をご持参ください。 例・・・【A】01010016(8ケタ) 【B】21700023 【C】21

*5名を超える場合はコピーしてご使用ください

受診者数 名 受診料 円

【内訳】

| | | | | |
|----------------|----------|---|---|------------|
| 生活習慣病健康診断 | @ 12,500 | × | 名 | |
| (協会けんぽ補助利用の場合) | @ 5,200 | × | 名 | ← 部は必須事項です |
| 【協会けんぽ加入の被扶養者】 | @ 7,100 | × | 名 | ← 部は必須事項です |
| 肺がん検査 | @ 3,000 | × | 名 | |
| PSA検査 | @ 3,000 | × | 名 | (男性のみ) |
| B型・C型肝炎検査 | @ 2,000 | × | 名 | |
| 腹部超音波検査 | @ 4,000 | × | 名 | |
| 子宮がん検査 | @ 3,000 | × | 名 | (女性のみ) |
| 乳がん(乳腺超音波)検査 | @ 4,000 | × | 名 | (女性のみ) |
| 卵巣がん検査 | @ 3,000 | × | 名 | (女性のみ) |

* 来館時間の指定をさせていただきますので、必ず希望日・希望時間帯に○印をお願いします。

(未記入の場合はこちらで設定させていただきますのでご了承ください)

お申込み超過の場合は、受診希望日調整の連絡をさせていただきます。

* 混雑緩和のためご希望の日時に添えない場合がありますので、予めご了承ください。

* 本健康診断申込みに際しご提供いただいた個人情報は、本健康診断への連絡及び三郷市商工会主催の健康診断のご案内以外には使用いたしません。

※お会計(精算)後のご返金はおこなっておりません。予めご了承ください。

結果のご提出は、受診から1ヶ月後位になります。

検査項目表

| | | 健診料金(税込) | 12,500 | 5,200 | 7,100 |
|----------|---------------|----------|-----------------------------|--------|--------------------------------|
| 検査 | 内 容 | 全年齢 | 協会けんぽ補助 利用【被保険者 (本人)】 | 35- | 協会けんぽ補助 利用【被扶 養者(家族)】40- |
| 計測 | 身長 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 体重 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | BMI | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 腹囲 | 腹囲 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 視力 | 視力(右) | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 視力(左) | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 聴力 | オージオ(右)1000Hz | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | オージオ(左)1000Hz | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | オージオ(右)4000Hz | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | オージオ(左)4000Hz | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 血圧 | 血圧座位最高 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 血圧座位最低 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 尿検査 | 尿蛋白 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 尿糖 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 尿潜血 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 血液検査 | GOT(AST) | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | GPT(ALT) | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | γ-GT(γ-GTP) | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | ALP | ◎ | ○ | ○ | ○ |
| | 総コレステロール | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | HDL-コレステロール | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 中性脂肪 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | LDL-コレステロール | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 空腹時血糖 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | HbA1c | ◎ | ◎ | ◎ | ◎ |
| | 白血球数 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 赤血球数 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 血色素量 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | ヘマトクリット | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 尿酸 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 尿素窒素 | ○ | ◎ | ◎ | ◎ |
| 血清クレアチニン | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| eGFR | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| 診察 | 問診・聴打診 | ○ | ○ | ○腹部触診含 | ○ |
| レントゲン | 胸部X線 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 胃部X線 | ◎任意型 | ○任意型 | ○任意型 | ○任意型 |
| 心電図 | 安静時心電図 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 眼底検査 | | ○片眼 | ◎片眼 | ◎片眼 | ◎片眼 |
| 大腸がん | 便潜血反応(1日法) | ◎ | ○ | ○ | ○ |
| | 便潜血反応(2日法) | ◎ | ○ | ○ | ○ |

※昨年度:7,100円

| | | | | |
|-------|---------------|-----|-----|-----|
| オプション | 喀痰細胞診 | △ | △ | △ |
| | PSA | △男性 | △男性 | △男性 |
| | 腹部超音波 | △ | △ | △ |
| | HBs抗原・HCV抗体 | △ | △ | △ |
| | 子宮細胞診(自己採取法) | △女性 | △女性 | △女性 |
| | 乳腺超音波 | △女性 | △女性 | △女性 |
| | 卵巣がん検査(CA125) | △女性 | △女性 | △女性 |

○:実施、△:オプション、□希望しない方は、ABC検診(血液)代替、◎追加

協会けんぽ加入のご家族様へ

生活習慣病予防健診（被扶養者向け）

のご案内

こんなことで
お悩みではありませんか？

もっと詳しく
検査を
受りたいな…。



そこでおススメが
生活習慣病健診
です！

ご説明

○特定健診項目に検査項目を追加して加入者ご本人の生活習慣病予防健診と同じ内容にした健診です。

被扶養者向

生活習慣病予防健診

=生活習慣病予防健診項目

特定健診の検査項目

(基本的な健診)

- ・診察等 ・問診 ・身体計測
- ・血圧測定 ・尿検査 (たんぱく・糖)
- ・血糖検査
- ・肝機能検査 (GOT・GPT・γ-GTP)
- ・血中脂質検査 (中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール)

※特定健診のみの受診は出来ません。

ご負担金
0 円

以下の検査項目をプラスすると
生活習慣病予防健診になります。

- ・胸部・胃部レントゲン検査 (デジタル撮影)
- ・便潜血検査 (大腸がん検査：自己採取法)
- ・心電図検査 (安静時12誘導)
- ・視力聴力検査
- ・血液一般検査 (RBC 血色素量他 全4項目)
- ・眼底検査
- ・尿検査 (潜血)
- ・血中脂質検査 (総コレステロール)
- ・肝機能検査 (ALP)
- ・腎機能検査 (尿酸 BUN他 全4項目)
- ・糖尿病検査 (HbA1c)

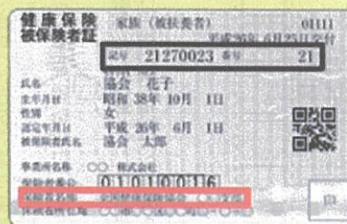
※全項目セットでの受診になります。

ご負担金
7,100円 のご負担で
生活習慣病予防健診が受診できます。

全国健康保険協会（協会けんぽ）加入の**被扶養者様 限定！**
(40~74歳)

～以下すべてに該当する方のみご受診可能～

- ・全国健康保険協会（協会けんぽ）加入
- ・被用者様（加入されている被保険者様の家族）
- ・対象年齢が40～74歳
- ・全国健康保険協会（協会けんぽ）が発行している「**特定健康診査受診券（セット券）**」をお持ちの方



※上記以外の方は対象外となるため一切ご受診できません。

※対象外の方は協会より補助が出ないため、

検査費用を全額お支払いいただくこととなります。予めご了承ください。

保険者名称に「**全国健康保険協会**」と記載があるか必ずご確認ください。
(ご加入の支部に制限はございません。)

ご注意：受診される際は、**保険証と特定健康診査受診券（セット券）**をお忘れなくお持ちください。

この受診券の送付先

参考見本につき、本券はご使用いただけません。

特定健診受診券(セツト券)

この券は、特定健診を受ける際に必要となるものです。また、特定健診の結果、特定保健指導の対象となった場合は、この券を用いて健診当日に特定保健指導(初回面接)をご利用いただくことができます。なお、健診当日の特定保健指導は、実施している健診機関のみのご利用となりますのでご注意ください。

- この受診券により、特定健診を受診できる健診機関、健診当日に特定保健指導もご利用いただくことができる健診機関などの情報は、協会けんぽホームページに掲載しておりますので参照ください。
受診券に印字されている氏名、生年月日が被保険者証と相違ないかをご確認ください。
健診機関でお支払いいただく自己負担額は、健診機関によって異なります。自己負担額は以下の計算方法となりますのでご注意ください。

特定健診の額(※1) - 保険者負担額(※2) = 自己負担額(※3)

※1 健診の前にお支払いいただく自己負担額は、健診当日に特定保健指導もご利用いただくことができません。
※2 この受診券に記載しています。
※3 自己負担額が「0円」以下の場合は、窓口での自己負担額は0円となります。

この受診券の発送元

特定健康診査受診券(セツト券)

年 月 日 交付

受診券整理番号
被保険者証の記号及び番号
被扶養者番号

記号 番号

フリガナ
受診者の氏名
性別
生年月日

有効期限
健診内容

・特定健康診査
・その他(当日保健指導)

医療保険者の負担

特定健診(基本部分)

特定健診(詳細部分)

その他(保健指導・積極的)

その他(保健指導・動機付け)

保険者所在地

保険者電話番号

保険者番号・名称

全国健康保険協会



契約取りまとめ機関名

集合B① 協会集合A① 協会集合A②
個別契約

支払代行機関番号

94899010

支払代行機関名

社会保険診療報酬支払基金

注 意 事 項

- 1 この券の交付を受けたときは、必ず下記の住所欄にご自宅の住所を自署してください。なお、この住所は、受診した健診機関から健診結果を送付する際に用いるものですので、お手数ですが、郵便番号・番地まで正確に記入してください。
2 特定健康診査を受診するときは、この券と被保険者証を窓口へ提出してください。どちらか一方だけでは受診できません。
3 特定健康診査はこの券に記載してある有効期限内に受診してください。ただし、本年度中に75歳に達する方は、誕生日の前日まで受診できます。
4 特定健康診査受診結果は、受診者本人に対して通知するとともに保険者において保存し、必要に応じ、保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診願います。
5 健診(保健指導結果)のデータベースは、決済代行機関に点検されることがある他、国への実施結果報告として匿名化され、部分的に提出されますので、ご了承の上、受診願います。
6 この券は、就職等の理由による健康保険の被扶養者の資格が無くなった日以降は使用できません。5日以内には必ず保険者に返却してください。
7 不正にこの券を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役刑を受けることがあります。
8 この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者に申し出て訂正を受けてください。
9 特定健康診査を受診される当日は食事制限がありますので、受診日前に必ず健診機関にお問い合わせください。
※ 特定健康診査の結果、特定保健指導の対象となった場合であって、この券を用いて健診当日に特定保健指導を利用する時は、以下にご注意ください。
10 医療機関に受診中の場合、主治医に特定保健指導を受けてもよいかどうかを確認してください。
11 窓口での自己負担額は、原則、健診当日(特定保健指導開始時)に全額をお支払い頂きます。
12 特定保健指導の実施結果は保険者において保存し、必要に応じて、次年度以降の保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診願います。

切り取らないでください

都道府県 市区町村

受診券二次元バーコード 利用券二次元バーコード

この二次元バーコードは、券面の情報の読み取りを妨げ、通券化を図るための表示です。(券面の表示情報にコード化されません。)

切り取らないでください

駐車場所：三郷市谷口544（三郷市保健センター分室）



※駐車場をご利用の際は、アスファルト上ではなく、草の生えている場所に端から詰めて駐車して下さい。