

【支給金額について】

検診の種類	支給対象	自己負担額	支給金額
人間ドック	受診年度の4/1時点で満30歳以上の組合員・家族	1万円以上5万円未満	1万円
		5万円以上	2万円※
脳ドック (MRI)	受診年度の4/1時点で満40歳以上の組合員	1万円以上5万円未満	1万円
		5万円以上	2万円※
乳がん検診 子宮がん検診	女性組合員・女性家族 年齢制限なし	3,000円～3,999円	2,000円
		4,000円以上	3,000円
		セット検診で4,000円以上	3,000円

※人間ドック・脳ドックで2万円の支給となるのは、オプション検診を除いた費用が5万円以上の場合です。

※基本料金・オプション料金が明確にならない場合は1万円の支給となります。

【人間ドック受診料補助金申請書に添付する特定健診項目の結果】

●は必須項目、□は医師の判断により必要とされた場合に実施する項目です。

	検査項目	判定方法	備考
身体計測	●問診票（質問票）	記述	喫煙歴、服薬歴、通院しているかどうか分かるもの
	●身長	数値	
	●体重	数値	
	●BMI	数値	
	●腹囲	数値	内臓脂肪面積でも良い
血圧	●収縮期（最大）血圧	数値	
	●拡張期（最小）血圧	数値	
診察	●医師の所見	数値	
代謝系	●空腹時血糖	数値	どちらか一方の結果で良い
	●HbA1c (ヘモグロビンA1c)	数値	
	●尿糖	－,±,+	半定量によるもの
脂質	●HDLコレステロール	数値	
	●LDLコレステロール	数値	
	●中性脂肪（またはTG） (またはトリグリセライド)	数値	
肝機能	●AST (GOT)	数値	
	●ALT (GPT)	数値	
	●γ-GT (γ-GTP)	数値	
尿・腎機能	●尿蛋白	－,±,+	
	□心電図	記述	医師の判断による検査項目
	□眼底検査	記述	医師の判断による検査項目
	□血色素（ヘモグロビン）	数値	医師の判断による検査項目
	□血清クレアチニン（eGFR）	数値	医師の判断による検査項目