

2024年度版 被保険者の皆さまの健診あんない



① 健康管理センター診療所健診 ⇒ 2ページ ①へ

東京・御茶ノ水にある健康管理センター診療所で受診できます!

② 巡回健診 ⇒ 3ページ ②へ

事業所又は合同健診会場へ、当健康管理センターのスタッフが出向いて健診を行います!

③ 東振協健診 ⇒ 4ページ ③へ

全国約700カ所の医療機関で受診できます!

④ 委託契約健診 ⇒ 16ページ ④へ

当健保組合が直接契約している医療機関で受診できます!

⑤ 健診費用助成金 ⇒ 18ページ ⑤へ

①～④以外で受診した場合、健診費用の一部を助成いたします!

⑥ 歯科健診 ⇒ 22ページ ⑥へ

出張歯科健診、委託契約歯科健診及び助成金を利用して受診できます!

⑦ 東振協脳検査 ⇒ 22ページ ⑦へ

③の東振協健診とは申込み方法が違いますのでご注意ください。

※健診は受診方法にかかわらず、年度内(4月～翌年3月)に1回のみ受診できます。

※健診年齢は、4月から翌年3月までに達する年齢です。

※お申込みされた後、各健診受診日に当健保組合の健康保険資格を喪失している場合は、健診を受けることができません。

※健診年齢が75歳の方は、誕生日で資格喪失(後期高齢者医療制度に移行)となりますので、誕生日前日までに受診してください。

※各種健診の申込書、申請書等は当健保組合ホームページからダウンロードできます。

管工業健康保険組合
健康管理センター

〒101-8325 東京都千代田区神田駿河台2-1

お問合せ先

TEL ①～② 医 事 課 03-3291-4539

③～⑦ 管 理 課 03-3291-4535

FAX 03-3291-4435

<https://www.kankenpo.or.jp/>

① 健康管理センター診療所健診

⇒申込書は23ページ

2024年度についても、引き続き感染症対策を講じた上で実施いたします。

- 1.健診名 健康管理センター診療所健診
- 2.健診場所 管工業健康保険組合 健康管理センター診療所(千代田区神田駿河台2-1)
- 3.健診時期 年間を通して随時(毎週 月曜日～金曜日(祝日を除く))
- 4.健診項目 基本健診、各科健診、人間ドックコース
 ※2024年度新規資格取得者に限り、健診年齢に関係なく当該年度の定期基本健診に血液検査が含まれます。
 ※当健保組合加入後、初めての血液検査には肝炎ウイルス検査が含まれます(加入期間1回限り)。
- 5.一部負担金 PSA検査(700円)、胃内視鏡検査(4,300円)、人間ドックコース(男性2,500円・女性3,500円)
 ○…標準検査項目 ●…希望により追加可能な検査項目

		34歳以下	35歳	36～39歳	40～49歳	50歳以上	
基本健診	定期基本健診	問診／身体計測／ 視力・聴力検査／ 血圧測定／尿検査／ 胸部X線検査	○	○	○	○	○
		血液検査	●	○	○	○	○
		心電図検査	●	○	●	○	○
		腹囲測定		○		○	○
		特定健診診察				○	○
		PSA検査【男性のみ】 (前立腺がん腫瘍マーカー)					●
	基本健診 消化器	胃バリウム検査		(※2)	(※2)	○	○
胃内視鏡検査					●(※1)	●(※1)	
健 各科	子宮頸がん健診【女性のみ】	●	●	●	●	●	
	歯科健診	●(※3) (単独での受診のみ)	●(※3) (単独での受診のみ)	●(※3) (単独での受診のみ)	●(※3) (単独での受診のみ)	●(※3) (単独での受診のみ)	
人間ドック コース	大腸がん健診 (便潜血検査)						
	腹部エコー検査				●	●	
	眼底・眼圧検査						
	骨密度検査(女性のみ)						

- ※1 胃内視鏡検査…これまでに健康管理センター診療所又は巡回健診を受診されたことのない方及び現在胃の病気で治療中の方は、個別にご相談ください。なお、胃内視鏡検査を希望された場合は、胃バリウム検査は受診できません。定期基本健診以外の健診と同日に受診することはできません。
- ※2 胃バリウム検査…39歳以下の方で胃バリウム検査を希望される場合は、医事課までご相談ください。受診される場合は、有料(2,000円)となります。
- ※3 歯科健診…**火・水・金曜日の実施**となります。また、歯石除去は行っておりません。

- 6.受診方法 「基本健診(定期・消化器)、人間ドックコース等申込書」(23ページ)をご記入の上、郵送又はFAXにて健康管理センター診療所までお送りください。申込み後、受診日の2週間前までにご自宅に受診券及び採尿キット等をお送りします。
- 7.健診結果 受診日から約3週間後、事業所へお送りします。
- 8.申込み締切り 随時受付していますが、受診希望月から余裕をもってお申込みください。

お問合せ先：医事課 TEL 03-3291-4539

② 巡回健診

1. 健診名 健診車による巡回健診
2. 健診場所 事業所 及び 地域別合同巡回健診会場
3. 健診時期 年間を通して随時
4. 健診項目 定期基本健診 (PSA 検査 (50 歳以上の男性のみ))
 ※ 2024 年度新規資格取得者に限り、健診年齢に関係なく当該年度の定期基本健診に血液検査が含まれます。
 ※ 当健保組合加入後、初めての血液検査には肝炎ウイルス検査が含まれます。
 ※ 34 歳以下の血液検査、34 歳以下及び 36～39 歳の心電図検査は、希望により無料で受けられます。
5. 一部負担金 PSA 検査をご希望の場合は有料 (700 円) となります。料金が確定次第、事業所様宛に納付書を送付いたします。

6. 健診実施条件

健診の条件等	レントゲン車の規格等
<p>○<u>受診人員 (組合員) おおむね 30 名以上とします。</u></p> <p>○<u>感染症対策のため、換気、ソーシャルディスタンスが確保できる個別の会場 (会議室、応接室等) があること。また、問診時に個人情報保護を図ることができること。</u></p> <p>○<u>健診車用の駐車スペースが必要です。(路上駐車を予定の場合は、事前に所轄警察署の道路使用許可申請が必要になります。また、健診当日は誘導員 2 名の方の配置をお願いいたします。)</u></p> <p>○<u>基本的に 100V 30A の電源が必要です。</u></p> <p>○<u>健診会場の他に心電図検査及び腹囲測定ができるスペースが必要です。</u></p>	<p>特種用途車 (医療防疫車)</p> <p>幅 2.32m 長さ 9.00m (ステップ台 1.5m 含む) 高さ 2.83m</p>

※ 上記「健診の条件等」が満たされていないと判断した場合は、健診の実施をお断りする場合があります。
 ※ 上記の電源が必要となりますが、やむを得ず電源の供給ができない場合は、車載専用発電機で実施いたします。この場合騒音及び排気が出ますので、あらかじめ近隣へご理解とご了承をいただきたく、ご手配のほどお願いします。

7. 健診までの流れ

- ①巡回健診日程決定 年度当初
- ②巡回健診実施のご案内送付 実施月の4カ月前
- ③巡回健診受診者確認名簿により健診を申込 実施月の3カ月前までに
- ④受診券、A (定期基本健診質問票) と採尿キットを自宅へ送付 受診の1カ月前
- ⑤健診当日 (受診券、尿検査の検体、必要事項を記入した A を持参してください。)

8. その他

- ①地域別の合同健診会場実施日については、当健保組合ホームページに掲載いたします。
- ②被扶養者の健診申込みを取りまとめる場合には、他の健診 (健康管理センター診療所での健診や東振協健診等) と重複した申込みとならないよう、受診者の意思確認をお願いします。
- ③組合員外の方の健診を希望される場合は、事前に医事課へご連絡ください。
- ④巡回健診を受診された 40 歳以上の被保険者及び被扶養者の方で、人間ドックコースを希望される場合は、健康管理センター診療所 (御茶ノ水) で受診できます。(有料)

〈健康管理センター診療所及び巡回健診で行っている主な感染症対策〉

- ◆健診に要する時間を可能な限り短縮します。
- ◆館内健診では空調及び窓開けによる換気を行います。
- ◆受診者の方が触れる器具等は、適宜消毒を行います。
- ◆受診者の方に適宜手指の消毒を行っていただくとともに、不織布マスクの着用をお願いします。
- ◆受診者の方の検温及び体調を確認し、感染症の疑いがある方は、予約日の変更をお願いします。
- ◆医師、看護師等の健診スタッフは、常に不織布マスクを着用し、適宜フェイスシールド、手袋の着用及び手指の消毒を徹底して行います。

※今後の感染状況によって、上記感染症対策が変更になる場合があります。

お問合せ先：医事課 TEL 03-3291-4539

③東振協健診

⇒申込書は24～25ページ

- 1.健診名 東振協健診
 2.健診場所 6～15ページ「東振協健診実施医療機関一覧表」参照
 3.健診時期 年間を通して随時
 4.健診内容・料金 コースや検査項目により一部負担金あり

検査項目	Bコース	B1コース
1.問診	○	○
2.身長・体重・BMI・腹囲	○	○
3.視力・聴力検査	○	○
4.血圧測定	○	○
5.尿検査	○	○
6.血液検査	○	○
7.心電図検査	○	○
8.胸部X線検査	○	○
9.胃バリウム検査	○(40歳以上)	○
10.大腸がん健診(便潜血)	○(40歳以上)	○
11.子宮頸がん健診(女性)	○(希望者のみ)	○(希望者のみ)
12.乳房健診(女性)	○(35歳以上の希望者のみ)	○(希望者のみ)
13.PSA検査 (前立腺がん) (腫瘍マーカー)	○(50歳以上希望者のみ)	○(希望者のみ)
14.腹部エコー検査		○
15.眼底、眼圧検査		○
一部負担金 (税込)	無料 (PSA希望者700円) (乳房・視触診あり500円)	2,500円 (PSA希望者3,200円) (乳房・視触診あり3,000円)

※乳房検査(女性のみ)は、各医療機関によって実施方法が異なります。

※乳房検査(女性のみ)は、視・触診ありの場合自己負担500円となります。

※胃バリウム検査は、胃内視鏡(¥4,223)に変更可能です。

5. 申込方法 「東振協健診申込書」(24ページ)・「東振協健診受診予定者名簿」(25ページ)を希望の医療機関と健康管理センターの両方に、郵送又はFAXしてください。
6. 健診結果 東振協から、申込書に記入された本・支店住所へ送付されます。
7. 申込み締切 受診希望月の2カ月前まで
8. その他
- ◆東振協健診を申込みされる方は、申込み時に「定期基本健診等結果報告同意書(共通・様式1号)を健康管理センターへ提出していただく必要があります。
(すでに提出済の方は、あらためて提出する必要はありません。)
用紙は当健保組合ホームページから印刷できます。(https://www.kankenpo.or.jp/) 申込みをする方の「定期基本健診等結果報告同意書」が健康管理センターに提出されているか確認し、未提出の場合は提出してください。
 - ◆コースでの申込みとなります。単項目での申込みはできませんのでご注意ください。
また、料金は原則窓口にてお支払いいただきます。
 - ◆申込み時点で当健保組合の資格があっても、健診実施日に資格の無い方は受診できませんのでご注意ください。
 - ◆年度内に当健保組合の他の健診(健康管理センター診療所健診、巡回健診、委託契約健診、健診費用助成金)を受診している方は申込みできません。
 - ◆後日、医療機関より申込事業所(本・支店)に健診案内が届きます。
 - ◆データによる健診結果が必要な場合は、「健診データ作成依頼書」をご提出いただければエクセル形式で電子媒体(CD)により提供いたします。
 - ◆東振協再検査項目
再検査と判定された方は以下の検査項目を無料で受けられます。また予約等をご自身で申込みをお願いいたします。

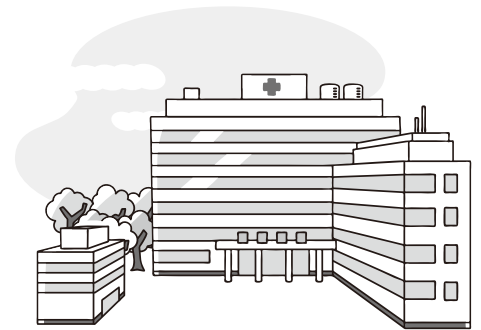
検査分類	検査項目
血圧	血圧 心拍数 尿糖 尿蛋白 尿潜血
糖代謝	尿糖 尿蛋白 尿潜血 空腹時血糖 HbA1c
腎尿路系	尿糖 尿蛋白 尿潜血 尿沈渣 血清クレアチニン eGFR
脂質代謝	総コレステロール 中性脂肪 HDLコレステロール LDLコレステロール
肝機能	AST(GOT) ALT(GPT) γ -GTP ALP TP アルブミン 総ビリルビン LDH
尿酸	尿酸
血球	赤血球数 ヘマトクリット 血色素量 MCV MCH MCHC 白血球数 血小板数 白血球像

お問合せ先：管理課 TEL 03-3291-4535

④委託契約健診

⇒申込書は26～27ページ

- 1.健診名 委託契約健診(直接契約)
- 2.健診場所 委託契約医療機関(17ページ『委託契約医療機関一覧』参照)
- 3.申込方法 『委託契約健診申込書』(26ページ)と、『委託契約健診受診予定者名簿』(27ページ)に必要事項をご記入の上、郵送又はFAXにて健康管理センターにお申込みください。申込み後、各委託契約医療機関より受診日時をご案内します。
- 4.健診時期 年間を通して随時
- 5.健診内容
- 定期基本健診(身体計測/診察(40歳以上)/心電図検査・腹囲計測(34歳以下及び36～39歳は希望者)/視力・聴力検査/血圧測定/血液検査(34歳以下は希望者)/尿検査/胸部X線検査)
 - 消化器基本健診(胃バリウム検査又は胃内視鏡検査)
 - 大腸がん健診(便潜血検査)
 - 子宮頸がん健診(頸部細胞診)(女性)
 - 乳房健診(マンモグラフィ又は超音波)(女性)
 - 骨密度検査(超音波又はX線)(女性)
 - 腹部エコー検査
 - 眼底検査
 - 眼圧検査
 - PSA検査(前立腺がん腫瘍マーカー)(男性)
 - 脳検査(MRI検査・MRA検査)(50歳以上)
 - 肝炎ウイルス検査(当健保組合に加入後1回のみ実施)…HBs抗原・HCV抗体



再 検 査	尿検査	尿蛋白定量・潜血
	血圧	血圧測定
	脂質(生化学)	総コレステロール・HDL-C・LDL-C・中性脂肪
	尿酸(生化学)	尿酸
	肝機能(生化学)	AST(GOT)・ALT(GPT)・γ-GTP・ALP・総蛋白・アルブミン・総ビリルビン
	腎機能(生化学)	クレアチニン・eGFR
	血液学的検査	赤血球数・血色素量・ヘマトクリット・白血球数・血小板数・血液像
	糖尿	血糖・HbA1c

- 6.健診料金 無料(委託契約医療機関が当健保組合へ直接請求します。)
 ※胃バリウム検査から胃内視鏡検査へ変更することにより一部負担金が生じる医療機関もあります。
- ◆次の検査項目については、当健保組合負担の上限額を下記の通り定めていますので、これを超えた金額については一部負担金が生じます。

健診内容	当健保組合負担上限額
乳房健診(マンモグラフィ又は超音波)	5,000円
大腸がん健診(便潜血検査)	1日法:700円、2日法:1,400円
骨密度検査(超音波又はX線)	800円
腹部エコー検査	3,500円
眼底検査	700円
眼圧検査	500円
PSA検査(前立腺がん腫瘍マーカー)	2,000円
脳健診(MRI検査・MRA検査)	12,000円

お問合せ先：管理課 TEL 03-3291-4535

委託契約医療機関一覧

地区	医療機関コード	医療機関名	所在地	※1													電話	
				定期	消化器	子宮	腹部	眼底	眼圧	乳房	大腸	骨密度	PSA	脳	施設	巡回		
宮城県	329	宮城県医師会健康センター	仙台市宮城野区安養寺3-7-5	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	×	022-256-8601
福島県	997	慈久会 谷病院	本宮市本宮字南町裡149	●	○	○	○	○	×	○	○	○	○	×	○	○	0243-33-2721	
群馬県	336	群馬中央病院	前橋市紅雲町1-7-13	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	027-243-2212	
	353	前橋市医師会附属診療所 (巡回健診のみ)	前橋市岩神町2-3-5	●	○	×	○	×	×	×	○	×	○	×	×	○	027-233-2261	
茨城県	323	筑波記念病院 つくばトータルヘルスプラザ	つくば市要1187-299	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○	029-864-3588	
	337	白十字総合病院 健診センター	神栖市賀2148	●	●	●	●	○	○	●	○	○	●	●	○	○	0299-93-1779	
埼玉県	355	花仁会 秩父病院	秩父市和泉町20	●	○	×	○	○	○	○	○	○	×	○	×	○	0494-22-3023	
	358	大宮シティクリニック	さいたま市大宮区桜木町1-7-5 ソニックシティビル30F	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	×	0570-039-489	
	359	尚篤会 赤心堂総合健診クリニック	川越市脇田本町21-1	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	×	049-243-5550	
東京都	346	武蔵小金井クリニック 総合健診センター	小金井市本町5-19-33	●	○	○	○	○	○	×	○	○	○	×	○	×	042-384-0182	
	347	立川中央病院附属健康クリニック	立川市柴崎町3-14-2 BOSENビル 4F	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×	0570-032220	
	994	国分寺病院	国分寺市東恋ヶ窪4-2-2	●	●	×	●	●	●	×	●	●	●	●	○	×	042-322-0123	
千葉県	371	ポートスクエア柏戸クリニック	千葉市中央区問屋町1-35 千葉ポートサイドタワー27F	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	●	○	×	043-245-6051	
神奈川県	361	高津中央クリニック	川崎市高津区溝口1-16-3	●	○	○	×	○	○	○	○	○	○	○	○	×	044-822-1278	
	365	相和会 横浜総合健診センター	横浜市神奈川区金港町3-1 コンカード横浜20F	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	×	045-461-1230	
	366	相和会 相模原総合健診センター	相模原市中央区淵野辺3-2-8	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×	042-753-3301	
	367	相和会 産業健診センター (巡回健診のみ)	相模原市中央区矢部4-10-13	●	●	×	○	○	×	×	○	×	○	×	×	○	042-756-2666	
静岡県	343	聖隷健康診断センター	浜松市中区住吉2-35-8	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	×	0120-938-375	
	306	菊川市立総合病院健診センター	菊川市東横地1632	●	○	●	○	○	○	●	○	○	○	○	○	×	0537-36-5585	
山梨県	342	山梨厚生病院 予防医学センター	山梨市落合860	●	○	○	○	○	×	○	○	×	○	×	○	○	0553-23-1311	
大阪府	341	聖授会 総合健診センター	大阪市天王寺区東高津町7-11 大阪府教育会館5F	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	×	06-6761-2200	
	385	医療法人伯鳳会 大阪中央病院	大阪市北区梅田3-3-30	●	○	●	○	○	○	●	○	○	○	○	○	×	06-4795-5500	
	387	ニッセイ予防医学センター	大阪市西区江之子島2-1-54	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×	06-6443-3419	
広島県	344	おおうち総合健診所 くいき内科	広島市中区大手町3-6-12 おおうちビル	●	○	×	○	○	○	マンモ ○	○	○	○	×	○	×	082-542-5810	
香川県	321	雙和会 クワヤ病院	高松市塩屋町1-4	●	○	×	○	○	○	○	○	○	○	×	○	×	087-851-5208	
愛媛県	326	松山まどんな病院	松山市喜与町1-7-1	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	×	○	089-936-2499	
福岡県	350	牟田内科クリニック	福岡市博多区上呉服町10-1 博多三井ビルB1	●	○	○	○	○	×	○	○	○	○	×	○	×	092-281-7113	

◇※1の項目は、当健保組合の負担上限額を超えた場合、一部負担金が生じます。

◇各医療機関により、健診項目、対象年齢、料金の支払い方法など、取扱いが異なりますので詳しくは各医療機関へお問合せください。

◇医療機関の都合により健診項目が変更になる場合があります。

【凡例】

定期:定期基本健診
消化器:消化器基本健診
子宮:子宮頸がん健診
腹部:腹部エコー検査
眼底:眼底検査
眼圧:眼圧検査
乳房:乳房健診

大腸:大腸がん健診
骨密度:骨密度検査
PSA:PSA検査
脳:脳健診
施設:施設内健診
巡回:巡回健診

●:項目を単独で申込み可
○:定期基本健診と同時の場合のみ申込み可
×:申込み不可

⑤ 健診費用助成金

⇒申請書は28ページ

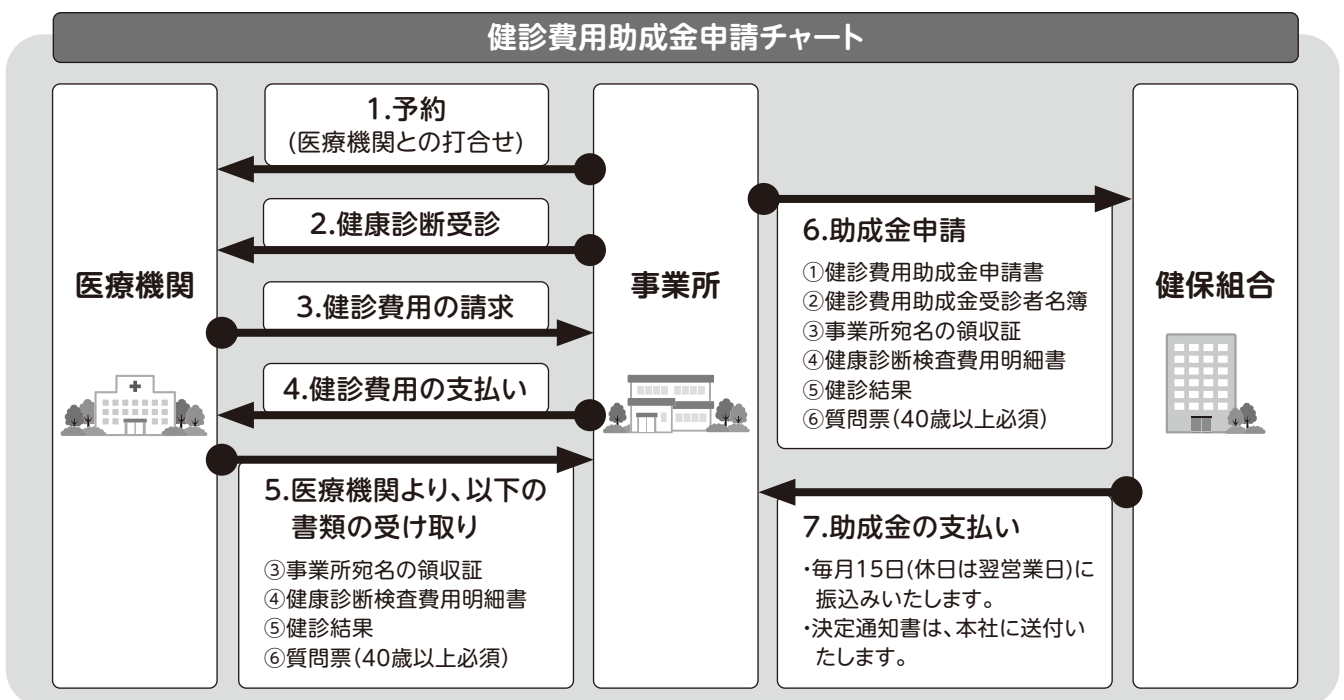
ご案内した①～④の健診が受けられない方には…
健診費用助成金の制度があります。

- 1.申請方法** 下記書類①～⑥をそろえていただき、健康管理センターへご提出ください。
- 2.申請書類**
- ①健診費用助成金申請書
*当健保組合ホームページ(<https://www.kankenpo.or.jp/>)からもダウンロードできます。
 - ②健診費用助成金受診者名簿(28ページ)
 - ③事業所宛名の領収証(原本)
 - ④健診料金の明細書や料金表など、健診にかかった料金の内訳がわかるもの
 - ⑤健診結果報告書
 - ・用紙による結果報告(コピー) …………… 受診者全員分
 - ・電子媒体による結果データ(XML形式) …… 受診者全員分
 - ⑥質問票 …… 定期基本健診を受診した健診年齢40歳以上の方は必須
(受診した医療機関のものが用意できない場合は30ページの質問票を記入して提出してください)
- 3.支給方法** 申請書に記入していただいた事業所の口座に振り込みます。

お願い

- 原則として医療機関発行の領収証ごとに、申請書1通を作成してください。
- 申請書類一式は必ずコピーを取り、手元にお持ちください。
- 領収証の代わりに、ATM又はネットバンキング等での振込明細書を添付される場合は、医療機関が発行した請求書も一緒に添付してください。(コピー可)

※対象検査項目及び助成上限額については20ページ・21ページをご覧ください。



お問合せ先：管理課 TEL 03-3291-4535

○再検査の健診費用助成金申請について

再検査はなるべく定期基本健診を受けた医療機関で受診してください。

検査項目

尿検査(尿蛋白) 尿蛋白定量・潜血
血圧 血圧
脂質(生化学) 総コレステロール・HDL-C・LDL-C・中性脂肪
尿酸(生化学) 尿酸
肝機能(生化学) AST(GOT)・ALT(GPT)・γ-GTP・ALP・総蛋白・アルブミン・総ビリルビン
腎機能(生化学) クレアチニン・eGFR
血液学的検査 末梢血液一般検査・血液像
糖尿 血糖・HbA1c

注意点

検査項目に 記載のない再検査及び精密検査につきましては助成対象ではありませんので、保険証を使用して受診(保険診療)してください。

お願い

医療機関に検査項目名とその保険点数又は金額がわかるものを発行依頼し、助成金申請の際に必ず添付してください。

○海外で受診した健診費用助成金申請について

国外で健診を受診した場合、当健保組合の定めた範囲内で健診に要した費用を助成いたします。

申請方法

○対象者
○健診機関
○健診時期
○健診種類
○申請方法
○申請書類

日本国内で受診した場合に準じます。

お願い

助成金申請に必要な書類には、必ず日本語の翻訳を添付してください。

○歯科の健診費用助成金申請について

当健保組合では生活習慣病予防の一環として、被保険者を対象に「歯科健診」を推奨しています。

対象者

被保険者のみ

実施期間

年間を通じて随時

健診内容

口腔内診査/口腔衛生指導

助成金額

3,500円

注意点

・「健診」を受診の場合、保険診療には該当しないため、保険証は使用できません。
・「治療」として歯科医療機関に受診する場合は助成対象ではありませんので、保険証を使用して(保険診療)受診してください。
・健診の当日に同時に治療を受けた場合は保険診療扱いになり、健診分も助成対象ではありません。

お願い

歯科医療機関には必ず領収証(歯科健診料金として負担した金額がわかるもの)の発行を依頼してください。

健診費用助成金対象検査項目・助成上限額一覧表

(1) 定期基本健診・特定健診

検査項目の組合せ	助成上限額
A 基本検査 + B 血液検査	10,400円
A 基本検査 + C 心電図検査	6,900円
A 基本検査 + B 血液検査 + C 心電図検査	11,700円

健診種類	検査項目及び内容
定期基本健診・特定健診	<p style="text-align: center;">A</p> <p style="text-align: center;">基本検査</p> <p>問診、身長、体重、血圧測定、BMI、視力・聴力検査 尿検査(蛋白・糖)、胸部X線検査</p>
	<p style="text-align: center;">B</p> <p style="text-align: center;">血液検査</p> <p>貧血・・・赤血球数・血色素量・ヘマトクリット・白血球数・血小板数 肝機能・・・AST(GOT)・ALT(GPT)・γ-GTP・ALP・総蛋白・アルブミン・総ビリルビン 脂質・・・総コレステロール・HDL-C・中性脂肪・LDL-C・non-HDL-C 糖尿病・・・血糖・HbA1c 腎機能・・・クレアチニン・eGFR 痛風・・・尿酸</p>
	<p style="text-align: center;">C</p> <p style="text-align: center;">心電図検査</p>
	<p style="text-align: center;">重要</p> <p>40歳以上の方 必須項目 腹囲計測・診察・質問票</p>

◆太文字は40歳以上が対象となる**特定健診必須項目**です。必ず受診してください。

《ご注意》

- 保険証を使用して受診された場合は、助成の対象になりません。
- 各健診種類につき、年度内(4月～翌年3月)に1回のみ申請できます。
同一健診種類について年度内に2回以上申請があった場合、2回目以降は助成の対象になりません。
- 年度内にすでに別の方法(当健保組合健康管理センター診療所での健診・巡回健診・東振協健診・東振協脳検査等)で健診を受診している場合は、申請できません。(受診していない健診種類については申請できます。)
- 健診受診日に当健保組合の健康保険資格を喪失している場合は、助成の対象になりません。
今年度健診年齢が75歳の方は、後期高齢者医療制度に移行されるため、誕生日に資格を喪失します。

(2) オプション検査

種類	対象者	内容	助成上限額
消化器基本健診	全員	胃バリウム検査又は 胃内視鏡検査	11,000円
子宮頸がん健診	女性	頸部細胞診(医師採取)	3,400円
乳房健診	女性	エコー(超音波)検査又は マンモグラフィ	5,000円
骨密度検査	女性	X線又はエコー検査	800円
大腸がん健診	全員	便潜血検査	1,000円
脳健診	50歳以上	MRI検査・MRA検査	12,000円
腹部エコー検査	全員	肝臓・胆のう・すい臓 などの超音波検査	3,500円
眼底検査	全員	眼底を調べる検査	700円
眼圧検査	全員	眼球の硬さの検査	500円
PSA検査	男性	前立腺がん腫瘍マーカー (血液検査)	2,000円
肝炎ウイルス検査	全員 当健保組合に加入後1回のみ	HBs抗原・HCV抗体	2,800円
歯科健診	被保険者	口腔内検査・ 口腔衛生指導等	3,500円
再検査	定期基本健診・特定 健診の結果で医師が 必要と認めた検査	尿検査・血圧・脂質・尿酸・肝機能・ 腎機能・血液学的検査・糖尿	保険診療点数 相当額
健診結果 データ作成料	全員	XML形式	実費

※子宮頸がん健診・乳房健診・骨密度検査・脳健診・歯科健診は、被保険者個人で助成金を申請することができます。被保険者個人用の助成金支給申請書（当健保組合のホームページからダウンロードできます。）に必要事項をご記入の上、領収証、結果用紙を添付して申請ください。

(3) 再検査

検査項目	検査内容	
1) 尿検査	尿蛋白定量・潜血	【ご注意】 左に 記載のない再検査及び 精密検査につきましては 助成対象ではありませんので、 保険証を使用して受診 (保険診療)してください。
2) 血圧	血圧測定	
3) 脂質(生化学)	総コレステロール・HDL-C・LDL-C・中性脂肪	
4) 尿酸(生化学)	尿酸	
5) 肝機能(生化学)	AST(GOT)・ALT(GPT)・γ-GTP・ALP・ 総蛋白・アルブミン・総ビリルビン	
6) 腎機能(生化学)	クレアチニン・eGFR	
7) 血液学的検査	赤血球数・血色素量・ヘマトクリット・ 白血球数・血小板数・血液像	
8) 糖尿	血糖・HbA1c	

⑥ 歯科健診

⇒申込書は31～32ページ

- 1.対象者 ○被保険者のみ
- 2.健診時期 年間を通して随時
- 3.健診内容 □腔診査・□腔衛生指導
- 4.受診方法 (1)出張歯科健診

当健保組合が契約している歯科医療機関から本社や支店、工場などの事業場へ歯科医師を派遣し、会議室等を利用して歯科健診を行います。ご希望の場合は、「出張歯科健診申込書」(31ページ)にてお申込みください。

※受診人員が20名以上を対象とします。(20名未満の場合は、健康管理センターにご相談ください。)

(2) 委託契約歯科健診機関での受診

当健保組合と委託契約している、(一社)総合健康促進保健協会が提携している歯科医療機関での健診をご希望の場合は、32ページの「委託契約歯科健診申込書」にてお申込みください。窓口負担なし(無料)で受診できます。

※歯科医療機関は、当健保組合ホームページを参照してください。

(3) (公社)東京都歯科医師会に加入している歯科医療機関での受診

窓口負担なし(無料)で受診できます。あらかじめ健康管理センターに必要書類(歯科健康診査票、請求書)を請求していただき、ご自身で歯科医療機関へ直接ご予約の上、必要書類を提示して歯科健診を受診してください。

※東京都歯科医師会に加入している歯科医療機関は同医師会のホームページをご参照ください。

(4) 助成金を利用する場合

18ページ・19ページをご覧ください。

⑦ 東振協脳検査

- 1.対象者 50歳以上の被保険者及び被扶養者(年齢は当該年度末(翌年3月末)時点の満年齢です)
- 2.検査時期 年間を通して随時
- 3.検査内容 高性能MR装置によるMRI検査及びMRA検査
- 4.検査費用 0円～最大18,800円の自己負担(組合補助額12,000円) ※医療機関により異なります
※例 東振協ホームページ「脳検査契約医療機関一覧」に28,000円(税別)と記載された医療機関であれば税込で30,800円となるため、自己負担は18,800円となります。
- 5.受診方法 (1) 東振協ホームページで脳検査契約医療機関をご確認いただき、脳検査契約医療機関に電話で検査日の予約をしてください。なお、予約の際は、保険証をご用意の上、必ず「東振協脳検査」と申し出てください。また、保険証の「保険者番号、保険者名称、記号、番号等」は、お間違いのないよう正確にお伝えください。
(2) 受診する時は、保険証を医療機関の窓口へ提出してください。なお、保険証の提出がない場合、又は、脳検査当日、被保険者が健康保険の資格を喪失されている場合は受診できませんのでご注意ください。(保険証のコピーでは受診できません)

東振協ホームページの脳検査でご確認ください。

一般社団法人 東京都総合組合保健施設振興協会(略称:東振協)
ホームページアドレス <https://www.toshinkyu.or.jp>

お問合せ先：管理課 TEL 03-3291-4535

2024年度 基本健診(定期・消化器)、人間ドックコース等申込書

受診場所:健康管理センター診療所

記号		事業所名		担当者	
				連絡先	TEL

*2024年度(2024年4月1日~2025年3月31日)の受診予約申込書です。

有料健診の支払方法 窓口での当日支払 納付書による銀行振込み(後日、納付書を送付いたします。)

番号	フリガナ		2024年度 健診年齢	受診コースについて(希望の健診について○をつけてください)							備考	
	氏名	基本健診		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦		
				胃 内視鏡 (有料)	血液	心電図	PSA (有料)	子宮頸 がん	人間 ドック (有料)	歯科		
1		定期	歳	今年度の申込み受付は終了しました								
		胃バリウム										
2		定期	歳									
		胃バリウム										
3		定期	歳									
		胃バリウム										
4		定期	歳									
		胃バリウム										
5		定期	歳									
		胃バリウム										
6		定期	歳									
		胃バリウム										
7		定期	歳									
		胃バリウム										
8		定期	歳									
		胃バリウム										
9		定期	歳									
		胃バリウム										
10		定期	歳									
		胃バリウム										

<記入の注意>

●希望する健診・検査について、上の表の各欄に○印をつけてください。

希望する健診、検査の対象等

①胃内視鏡	40歳以上、人間ドックコースと同日不可	⑤子宮頸がん	女性
②血液	全員※2023年度以前に資格取得した34歳以下は希望制	⑥人間ドック	40歳以上
③心電図	全員※34歳以下及び36~39歳は希望制	⑦歯科	被保険者、 他の健診と同日不可
④PSA	50歳以上の男性		

※①胃内視鏡は、希望者が定員人数を超える場合は、ご希望に添えないことがあります。

※⑥人間ドックについて、予約状況によっては日程を分割させていただく場合がございますのでご了承ください。

※**事業所様が被保険者の方の予約をする場合は、必ずご本人様に健診項目等をご周知いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。**
受付窓口でのトラブルや事前にキャンセルの連絡がない方が増えておりますので、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

※「(有料)」と記載のある健診、検査をお選びいただいた場合、上部の「有料健診の支払方法」のいずれかにチェックを入れてください。
 チェックが無かった場合、「窓口での当日支払」にて検査費用をお支払いいただきます。

●受診月のご希望等がある場合は、備考欄にご記入ください。(日時指定はできません)

●健診の申込みは年度を通して受付けていますが、受診希望月から余裕をもってお申込みください。

東振協健診申込書（被保険者用）

組合名	管工業健康保険組合	コード	13-327	
健診申込医療機関名				
医療機関コード		受診希望月		
事業所記号	事業所名称			
	本社担当者	電 話		
本・支店情報	申込をする本・支店名			
	所在地 (結果送付先)	〒		
	現地担当者			
	電 話	FAX		
申込内訳	年度 申込人数	Bコース	名	備 考
		B1コース	名	
		合 計	名	

○この申込書は、『東振協健診受診予定者名簿』とあわせて、申込み医療機関と健康管理センターの両方に送ってください。

○本申込書で被扶養者の方の申込みはできません。

管理課 FAX 03-3291-4435

東振協健診受診予定者名簿

組合名	管工業健康保険組合	コード	13-327
医療機関名		医療機関コード	
事業所名称		事業所記号	
本・支店名			

★東振協健診各コースについて★

希望項目(追加料金有り)

- ・乳房健診(女性)(触診あり)：500円(Bコースは35歳以上)
- ・PSA検査(男性のみ)：700円(Bコースは50歳以上)
- ・胃内視鏡検査(胃バリウム検査を変更)：4,223円

①希望する健診コースを1つお選びください。

②下記の追加検査について希望の項目に必ず○を付けてください。



保険証番号	フリガナ	性別	生年月日	本年度健診年齢	受診希望月	Bコース 無料	B1コース 2,500円	乳房 (女性のみ) (視・触診ありは500円)	子宮 (女性のみ)	胃内視鏡 (胃バリウムを変更) (40歳以上) ★4,223円	PSA検査 (男性のみ) ★700円
	受診者氏名							Bコース (35歳以上)		B1コース (年齢制限なし)	Bコース (40歳以上)
1	被保険者	男・女	・	・							
2	被保険者	男・女	・	・							
3	被保険者	男・女	・	・							
4	被保険者	男・女	・	・							
5	被保険者	男・女	・	・							
6	被保険者	男・女	・	・							
7	被保険者	男・女	・	・							
8	被保険者	男・女	・	・							
9	被保険者	男・女	・	・							
10	被保険者	男・女	・	・							

○健診年齢は、4月から翌年3月までに達する年齢をご記入ください。

○本申込書で被扶養者の方の申込みはできません。

○10名以上のお申込みの場合は用紙をコピーしてご利用ください。

○お申込みは、この名簿と『東振協健診申込書』をあわせて、申込み医療機関と健康管理センターの両方に送ってください。

委託契約健診申込書

健診希望医療機関名						
医療機関コード		健診希望月		月		
事業所記号	事業所名称					
	本社担当者	電 話				
本・支店情報	申込みをする本・支店名					
	所在地	〒				
	現地担当者					
	電 話	FAX				
申込内訳	年度 申込人数	定期基本健診	被保険者	名	備 考	
			被扶養者	名		
		☆ 34歳以下血液検査を希望する方	被保険者	名		
			被扶養者	名		
		☆ 34歳以下、36～39歳心電図・腹囲計測を希望する方	被保険者	名		
			被扶養者	名		
		消化器基本健診		被保険者		名
				被扶養者		名
		大腸がん健診※		被保険者		名
				被扶養者		名
		骨密度検査※(女性)		被保険者		名
				被扶養者		名
		腹部エコー検査※		被保険者		名
				被扶養者		名
眼底検査※		被保険者	名			
		被扶養者	名			
眼圧検査※		被保険者	名			
		被扶養者	名			
PSA検査※(男性)		被保険者	名			
		被扶養者	名			
子宮頸がん健診(女性)		被保険者	名			
		被扶養者	名			
乳房健診※(女性)		被保険者	名			
		被扶養者	名			
脳健診※(50歳以上)		被保険者	名			
		被扶養者	名			

- ☆印の検査は、定期基本健診・特定健診と一緒にのみ申込みができます。
- ※大腸がん健診、骨密度検査、腹部エコー検査、眼底検査、眼圧検査、PSA検査、乳房健診、脳健診の健診費用のうち、当健保組合が定める検査項目上限額を超えた料金は自己負担となります。
- 記載内容に変更がある場合は、訂正をして「委託契約健診受診予定者名簿」と併せて再度お送りください。
- 各医療機関により、健診項目、対象年齢、料金の支払方法など、取扱いが異なりますので詳しくは各医療機関へ直接お問合せください。

管理課 FAX 03-3291-4435

委託契約健診受診予定者名簿

医療機関名		医療機関コード	
事業所名称		事業所記号	
本・支店名		受診希望月	

☆印の検査は、 定期基本健診・特定健診と 一緒の場合のみ申込みが できます。 ※35歳の被保険者には、 定期基本健診時に心電図検査・ 腹囲計測を実施します。		希望する受診項目に○印をつけてください。										●すでに申込みをした名簿を使って、受診者を追加申込みする場合は、追加する方の備考欄に、提出日と「追加」の文字を記入してください。			
		定期基本健診・ 特定健診	☆ 血液検査 希望者 34歳以下	☆ 心電図・腹囲計 測の希望者 39歳以下	消化器基本健診	大腸がん健診	骨密度検査 女性	腹部エコー検査	眼底検査	眼圧検査	PSA検査 男性	子宮頸がん健診 女性	乳房健診 女性	脳健診 50歳以上	本年度 健診 年齢
1	扶														
2	扶														
3	扶														
4	扶														
5	扶														
6	扶														
7	扶														
8	扶														
9	扶														
10	扶														
11	扶														
12	扶														
13	扶														
14	扶														
15	扶														

- 健診年齢は、4月から翌年3月までに達する年齢をご記入ください。
- 被扶養者の申込みの場合、保険証番号欄の「扶」に○をつけてください。
- すでに申込みされている方で、受診項目の追加を希望される場合は、「委託契約健診受診予定者名簿」に追加する健診項目のみ「○」をつけてください。
- 各医療機関により、健診項目、対象年齢、料金の支払い方法など、取扱いが異なりますので詳しくは各医療機関へお問合せください。

管工業健康保険組合

年度

健診費用助成金申請書

<領収証1枚に対し、申請書1件として提出してください>

事業所記号																				
事業所名称						支店・ 営業所名	支店 営業所													
支店・営業所 住所	〒					担当者名														
助成金 申請金額	円		健診 年月	年 月～		年 月														
医療機関名	※特定健診医療機関コード																			

上記のとおり申請いたします。

年 月 日

事業所名称

所在地

代表者名

電話番号

担当者名

◎ご提出の際、ご確認ください。

- 1)健診費用助成金受診者名簿 2)事業所宛名の領収証(原本)
 3)健診料金の明細書 4)健診結果報告書(コピー)
 5)質問票(定期基本健診を受診した健診年齢40歳以上の方は必須)

※4)・5)は電子結果データ及び結果用紙(コピー)の両方をご提出ください。

※5)は医療機関の書式でも構いません。

※特定健診医療機関コードは、医療機関に直接お尋ねいただくか、健診結果報告書に記載されていれば、その10桁の数字をご記入ください。

※保険証を使用して受診(保険診療)した場合は助成金の対象外となります。

《 事業所の口座をご記入ください。 》

振込受領 口座	金融機関名	銀行 信用金庫			支店	
	金融機関 コード	支店コード				
	口座番号	普通 ・ 当座	No.			
	フリガナ	-----				
	口座名義人	-----				

健診費用助成金受診者名簿

事業所記号		事業所名称	
医療機関名			

※今回の申請に該当する方についてご記入ください。

保険証番号	受診者氏名 ----- 誕生年月	健診 年齢 ----- 新規資格 取得者 ○印	※受診項目に○印														
			定健・特定	血液	心電図	大腸がん	骨密度	消化器	子宮頸がん	乳房	脳	PSA	腹部エコー	眼底	眼圧	歯科	再検査
	年 月																
	年 月																
	年 月																
	年 月																
5	年 月																
	年 月																
	年 月																
	年 月																
	年 月																
10	年 月																

※保険証番号を必ず記入ください。

※健診年齢は、4月から翌年3月までに達する年齢です。

※年齢の下に今年度新規資格取得者の場合○の印をお願いいたします。

名

40歳以上必須

質 問 票

事業所記号	事業所名称	支店 営業所 工場	健診年月日	年 月 日
保険証番号			フリガナ	生年月日
	受診者氏名	男 女	年 月 日	歳 ○健診年齢は、 4月～翌年3月までに 達する年齢です

(標準的な質問票)

	質問項目	回 答
1-3	現在、aからcの薬を使用していますか	
1	a.血圧を下げる薬	①はい ②いいえ
2	b.血糖を下げる薬、またはインシュリン注射	①はい ②いいえ
3	c.コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい ②いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか	①はい ②いいえ
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか	①はい ②いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか	①はい ②いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか	①はい ②いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である 条件1:最近1か月間吸っている 条件2:生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	①はい(条件1と条件2を両方満たす) ②以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない(条件2のみ満たす) ③いいえ(①、②以外)
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか	①はい ②いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか	①はい ②いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか	①はい ②いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか	①はい ②いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか	①何でもかんで食べることができる ②歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分がありかみにくいことがある ③ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速いですか	①速い ②ふつう ③遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか	①はい ②いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか	①毎日 ②時々 ③ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか	①はい ②いいえ
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか	①毎日 ④週1～2日 ⑦やめた ②週5～6日 ⑤月に1～3日 ⑧飲まない ③週3～4日 ⑥月に1日未満 (飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか 日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)目安: ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・約110ml)、ワイン(同14度、約180ml) ウイスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)	①1合未満 ④3合～5合未満 ②1～2合未満 ⑤5合以上 ③2～3合未満
20	睡眠で休養が十分とれていますか	①はい ②いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思えますか	①改善するつもりはない ②改善するつもりである(概ね6ヵ月以内) ③近いうちに(概ね1ヵ月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている ④既に改善に取り組んでいる(6ヵ月未満) ⑤既に改善に取り組んでいる(6ヵ月以上)
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか	①はい ②いいえ

※標準的な質問票は、皆さんの日常を知るための大切なものです。

特に重要な質問は、薬についてです。健診を受診する前に、飲んでる薬について確認しましょう。

出張歯科健診申込書

本社や支店、工場などの事業場へ歯科医師や歯科衛生士を派遣し、会議室等を利用して歯科健診を実施いたします。

歯科健診を希望される場合は、下記の記入欄に希望日等を記入の上、こちらの申込書を健康管理センターあてに郵送又はFAX (03-3291-4435) してください。

1. 健診内容 口腔診査・ 口腔衛生指導
2. 費用 無料
3. 受診人数 20名～300名
4. 対象者 被保険者

申込日	年	月	日		
事業所名称					
支店営業所名					
所在地	TEL				
担当者名	メールアドレス()				
第1希望日	月	日 ()	予定人数	名	
第2希望日	月	日 ()	予定人数	名	
第3希望日	月	日 ()	予定人数	名	

管工業健康保険組合

お問合せ先：管理課 TEL 03-3291-4535 FAX 03-3291-4435

