

令和7年度「健康診断」の実施について

平素は当組合の運営にご協力を賜り厚く御礼申し上げます。
さて、被保険者の健康増進の一環として「健康診断」を本年度も下記のとおり実施いたしますので、**ご家族並びに乙種組合員の方々にも**ご伝達をお願い申し上げます。
なお、40歳から74歳までの方は、最寄りの医療機関でメタボリックシンドロームに着目した「特定健康診査」を受診することができます。詳細につきましては、組合までお問い合わせください。

	記
実施期間	令和7年6月1日～令和8年2月28日 (実施期間以外の受診はできません。)
申込締切	令和8年1月20日 当日消印有効
実施場所	一般財団法人 大阪府結核予防会 ○大阪総合健診センター：大阪府中央区道修町 4－6－5 ☎ 0 6－6 2 0 2－6 6 6 7 大阪メトロ御堂筋線・京阪電車「淀屋橋」駅下車 ※駐車場はありません ○堺複十字診療所：堺市堺区三国ヶ丘御幸通 5 9 南海堺東ビル8 階 南海堺東駅クリニックセンター内 ☎ 0 7 2－2 2 1－5 5 1 5 南海高野線「堺東」駅下車 ※無料（2 時間まで）駐車場有 ○大阪複十字病院：寝屋川市打上高塚町 3－1 0 ☎ 0 7 2－8 2 1－3 8 8 8 JR学研都市線「寝屋川公園」駅下車 徒歩5分 ※駐車場有

実施時間	大阪総合健診センター： 9 時～、10時～、13時～、14時～ ※毎週水曜日午後は、女性健診日となっております。 胃がん・腹部超音波検査・動脈硬化度検査のオプションを希望される男性は、14時の受付時間を選択して下さい。
	堺複十字診療所： 9 時～、10時～、13時～、14時～
	大阪複十字病院： 9 時～、10時～
土・日曜健診	※ 下記は、歯科医師国保の「 専用受診日 」となっております。 大阪総合健診センター： 7月26日(土)、8月24日(日)、9月27日(土)、10月18日(土) 10月26日(日)、11月16日(日)、11月29日(土)、12月20日(土) 1月24日(土)、2月14日(土) (堺複十字診療所・大阪複十字病院は対象外)
休 診 日	大阪総合健診センター：土曜、日曜、祝日、8月8日～15日、12月29日～1月4日 堺複十字診療所：水曜、祝日、8月10日～16日、12月29日～1月4日 大阪複十字病院：土曜、日曜、祝日、12月29日～1月4日

申込方法	受診希望日の 3週間前までに 当組合に“健康診断受診申込書”をお送りください。 FAXでの申込可 0 6－6 7 7 2－3 4 5 0 受診者には結核予防会から後日 “問診票等” をお送りします。
検査項目	※①「甲種組合員(後期高齢組合員を除く)」、②「①以外の方で40歳未満の被保険者」、③「①以外で40歳以上の被保険者」でそれぞれ異なります。詳細は裏面をご覧ください。なお、「40歳以上の被保険者」とは、令和7年4月1日から令和8年3月31日までに40歳の誕生日を迎えられる方を含みます。 ※ 原則として、全ての検査項目の受診が必要となります。 ※40歳から74歳の方が受診された場合、特定健康診査も受けたことになり、メタボリックシンドローム該当者は、特定保健指導の対象となります。 ※ 本健診を受診されることで、従業員の結核に係る健康診断(年1回、所轄の保健所への報告義務)にも対応できます。
受診費用	

被保険者は無料です。(組合に加入されている本人・家族の方は無料です。)
(組合に未加入の方は全額自費になります。詳細は裏面をご覧ください。)
後期高齢者医療制度の適用を受けた方は、当組合からの補助は出ません。

ご希望の方は、受診申込書に記入してください。
受診費用は自費となります。受診当日、窓口でお支払いください。

検査項目	受診費用 (税込金額)	備 考
大腸がん(便潜血検査2回法)	1,650円	甲種本人及び40歳以上の被保険者の健診項目に含まれます
胃がん(胃部X線デジタル撮影・任意型)	9,020円	甲種本人及び40歳以上の被保険者の選択項目に含まれます
胃がんリスク[ピロリ菌抗体(ヘリコバクターピロリIgG)]	880円	甲種本人の健診項目に含まれます
胃がんリスク(ペプシノゲン)	3,850円	甲種本人及び40歳以上の被保険者の選択項目に含まれます
肺がん(喀痰細胞診)	2,420円	
乳がん[超音波検査]	3,850円	甲種本人及び40歳以上の被保険者の選択項目に含まれます
乳がん[マンモグラフィ1方向]	3,850円	
乳がん[マンモグラフィ2方向]	5,500円	甲種本人及び40歳以上の被保険者の選択項目に含まれます
子宮がん(医師採取法)	5,500円	大阪総合健診センター(平日)、土日曜健診(専用受診日) 堺複十字診療所(毎週火・木・金曜の午後、月曜午後の不定期) 大阪複十字病院(金曜の午前、第2水曜の午前、月曜午前の不定期) 甲種本人及び40歳以上の被保険者の選択項目に含まれます
腫瘍マーカー[α-フェト蛋白(精密法)、CEA、CA19-9]	7,700円	甲種本人及び40歳以上の被保険者の選択項目に含まれます
前立腺がん(PSA)	3,300円	50歳以上推奨、甲種本人及び40歳以上の被保険者の選択項目に含まれます
甲状腺(TSH・FT4)	6,600円	甲種本人の健診項目に含まれます
血液セット[痛風(尿酸)、腎機能(血清・尿アミラーゼ)]	990円	甲種本人及び40歳以上の被保険者の健診項目に含まれます
リウマチ(RF検査)	550円	甲種本人の健診項目に含まれます
腹部超音波検査(胆のう・肝臓・脾臓・腎臓・脾臓・腹部大動脈)	5,500円	甲種本人及び40歳以上の被保険者の選択項目に含まれます
動脈硬化度検査(血管年齢)	1,650円	
骨粗鬆症(DEXA法)	2,200円	
LOX-index(脳梗塞・心筋梗塞発症リスクチェック)	13,200円	
ウイルス抗体検査(EIA法) (風しん・麻しん・ムンプス・水痘)	各2,420円	検査項目ごとに、2,420円の費用が必要です

選択項目	甲種本人および 40 歳以上の被保険者(本人・家族)の方は、 ①胃がん(胃部X線デジタル撮影・任意型) ②胃がんリスク(ペプシノゲン)、③腫瘍マーカー、④前立腺がん(PSA)、 ⑤乳がん(超音波検査)、⑥乳がん(マンモグラフィ2方向)、⑦子宮がん(医師採取法)、 ⑧腹部超音波検査の いずれか一つを選択し、「無料」で受診することができます。
そ の 他	・満18歳未満の方は受診できません。 ・新型コロナワクチン接種後の受診につきましては、健診内容により、数週間程度の間隔を置く必要がありますので、予めご確認をお願いします。 ・受診日は予約状況によりご希望に添えない場合もあります。特に実施期間終了直前は申込者が多く、第1・第2希望日ともにご希望に添えなくなることがありますのでお早めに申込みください。 ・受診の際、提示が必要な場合がありますので、被保険者証・マイナンバーカード・資格確認書のいずれかをお持ちください。 ・人間ドックと重複受診される場合、人間ドックに対する補助は出来ません。 ・B型肝炎の予防接種を希望される場合は、11月30日までに「健康診断」を受診してください。

健康診断項目比較表

一般財団法人 大阪府結核予防会

			令和7年度		
			40歳未満の被保険者 (甲種本人を除く)	40歳以上の被保険者 (甲種本人を除く)	甲種本人 (後期高齢組合員を除く)
一 般 検 査	診 察		●	●	●
	身体計測	身 長	●	●	●
		体 重	●	●	●
		肥満度・BMI	●	●	●
		腹 囲	●	●	●
		視 力	●	●	●
	血 圧		●	●	●
	尿	蛋 白	●	●	●
		糖	●	●	●
		潜 血	●	●	●
		沈 渣		●	●
呼 吸 器	胸部X線	デジタル（一方向）	●	●	●
聴 力	オーディオメトリー		●	●	●
消 化 器	便潜血（免疫法）		オプション	●	●
胃がんリスク	ピロリ菌抗体 (ヘリコバクターピロリIgG)		オプション	オプション	●
循 環 器	安静心電図		●	●	●
	眼底・単眼			●	●
血 清 脂 質	HDLコレステロール		●	●	●
	LDLコレステロール		●	●	●
	トリグリセライド（中性脂肪）		●	●	●
	LH比（LDL/HDL比）		●	●	●
選 択 項 目	胃がん（胃部X線デジタル撮影・任意型）		オプション （自費）	いずれか 1つを選択 （無料です） ※家族の方も 無料です	いずれか 1つを選択 （無料です） ※家族の方も 無料です
	胃がんリスク（ペプシノゲン）				
	腫瘍マーカー				
	前立腺がん（PSA）				
	乳がん（超音波検査）				
	乳がん（マンモグラフィ2方向）				
	子宮がん（医師採取法）				
	腹部超音波検査				

健康診断項目比較表

一般財団法人 大阪府結核予防会

		令和7年度		
		40歳未満の被保険者 (甲種本人を除く)	40歳以上の被保険者 (甲種本人を除く)	甲種本人 (後期高齢組合員を除く)
肝 機 能	総 蛋 白			●
	アルブミン			●
	A/G比			●
	AST (GOT)	●	●	●
	ALT (GPT)	●	●	●
	γ-GT (γ-GTP)	●	●	●
	A L P			●
	L D H			●
肝炎ウイルス	HBs抗原	●	●	●
	HBs抗体	●	●	●
	HCV抗体	●	●	●
糖 尿 病	血糖 (グルコース)	●	●	●
	HbA1C	●	●	●
腎 機 能	尿素窒素 (BUN)		●	●
	クレアチニン		●	●
	e-GFR		●	●
痛 風	尿 酸	オプション	●	●
睥 機 能	血清アミラーゼ	オプション	●	●
	尿アミラーゼ	オプション	●	●
貧 血 等	赤血球数	●	●	●
	血色素量 (ヘモグロビン)	●	●	●
	ヘマトクリット	●	●	●
	白血球数	●	●	●
甲 状 腺	サイロキシン (TSH・FT4)	オプション	オプション	●
	RF定量	オプション	オプション	●
ウイルス抗体検査 (EIA法)	風しん・麻しん・ムンプス・水痘	オプション	オプション	オプション
健診料金 (税込) (被保険者の受診費用は無料です)		12,760円※	17,380円※	20,350円※

※選択・オプション項目の金額は含まれていません。