

2021年度(令和3年度)大気社グループ健康保険組合 健診検査項目一覧【本人(被保険者)】

●健診は医療機関1カ所のみで受診可能(複数は不可)、受診時期もオプション検査を含め健診と同時期といたします。
(検査項目の分割受診、オプションの単独受診は不可)

検査区分	検査項目		定期健診プラス (40歳未満)		生活習慣病 予防健診 (40歳以上)	人間ドック (補助上限額 あり)
			大気社グループ 健保組合 (35歳未満) ※全額健保負担	大気社グループ 健保組合 (35～39歳) ※全額健保負担	大気社グループ 健保組合 (40歳以上) ※全額健保負担	年齢によって 補助上限額が 変わります
問診・診察・ 特定健診質問票	医師による問診、診察、自覚・他覚症状、既往 歴、家族歴、服用の有無、喫煙習慣等含む		○	○	○	人間 ド ッ ク は 医 療 機 関 の オ リ ジ ナ ル の 項 目 に な り ま す
身体計測	身長		○	○	○	
	体重		○	○	○	
	BMI		○	○	○	
	腹囲		○	○	○	
循環器検査	血圧測定(収縮・拡張)		○	○	○	
	心電図(安静時、12誘導)		○	○	○	
眼科検査	眼底検査(両眼)				○	
	眼圧検査(両眼)				○	
	視力(裸眼・矯正)		○	○	○	
聴力検査	オージオ(1000Hz、4000Hz)		○	○	○	
呼吸器検査	胸部X線(デジタル撮影1方向)		○	○		
上部消化管	胃部X線検査(デジタル撮影)				○(注1)	
	胃内視鏡検査(経口・経鼻)				(オプション)	
腹部超音波検査	肝臓・胆嚢・腎臓・脾臓・膵臓				○	
血液検査	血液学検査	白血球数(WBC)	○	○	○	
		赤血球数(RBC)	○	○	○	
		血色素量(ヘモグロビン)	○	○	○	
		ヘマトクリット(Ht)	○	○	○	
		血小板数		○	○	
		MCV			○	
		MCH			○	
		MCHC			○	
	肝機能検査	AST(GOT)	○	○	○	
		ALT(GPT)	○	○	○	
		γ-GT(γ-GTP)	○	○	○	
		総蛋白			○	
		アルブミン			○	
		総ビリルビン			○	
		直接ビリルビン			○	
		ALP			○	
	脂質検査	LDH			○	
		総コレステロール(T-cho)			○	
		HDLコレステロール(HDL-C)	○	○	○	
		LDLコレステロール(LDL-C)	○	○	○	
		NON-HDLコレステロール			○	
		中性脂肪(TG)	○	○	○	
		空腹時血糖	○	○	○	
		ヘモグロビンA1c(HbA1c)		○	○	
	腎機能検査	クレアチニン(CRE)	○	○	○	
		尿酸(UA)	○	○	○	
		尿酸窒素			○	
		HBs抗原		○	○	
血清検査	HCV抗体(ウイルス性肝炎検査)				○	
心臓機能検査	BNP検査				○	
尿検査	蛋白		○	○	○	
	糖		○	○	○	
	潜血		○		○	
	ウロビリノゲン				○	
便潜血検査	免疫学(2日法)			○	○	
オプション検査 (注2)	女性 婦人科健診	子宮頸部細胞診(医師採取法)+乳房超音波検査	☆年齢制限なし(2021年度より変更となります。)			
		子宮頸部細胞診(医師採取法)+マンモグラフィ	(いずれか) 無料(注3)			
	男性 前立腺がん検査	PSA検査			☆45歳以上(注4)	
	風疹抗体検査	風疹抗体検査	☆年齢制限なし(予防接種ではありません) 無料(注5)			
	脳検査	脳MRI+MRA			☆50歳以上 被保険者のみ (いずれか)(注6)	
脳MRI+MRA+頸部MRA						
動脈硬化検査	頸動脈超音波			☆50歳以上(注7) 被保険者のみ		

【凡例】 ○：健保指定項目(必須項目)です。

☆：選択可能なオプション検査となります。

- ※ 契約医療機関で受診の場合は、全額健保負担となります。
- ※(注1) 胃内視鏡を選択した場合、胃X線からの変更差額は自己負担となります。
- ※(注2) 記載のオプション検査は、健保から補助が出る検査です。記載のないオプション検査については、自己負担となります。
- ※(注3) 契約外医療機関で受診した場合、補助上限額(9,000円)を超える金額は自己負担となります。
- ※(注4) 前立腺がん検査…補助上限額(2,500円)を超える金額は自己負担となります。
- ※(注5) 風疹抗体検査…予防接種ではありません。
- ※(注6) 脳検査…補助上限額(25,000円)を超える金額は自己負担となります。
- ※(注7) 動脈硬化検査…補助上限額(5,000円)を超える金額は自己負担となります。
- 2021年度より頸動脈超音波検査のみへ変更となります。

- 医療機関によって料金体系が異なるため、選択健診コースやオプションで自己負担が発生する場合があります。
- 特に契約外医療機関で受診される場合は、ご注意ください。
- 契約医療機関で受診される場合は、別紙、医療機関一覧の被保険者用をご確認ください。