

## 2023年度(令和5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)
- 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、健保ホームページの医療機関情報一覧の被保険者用をご確認ください。  
(医療機関によっては、前年度より価格や検査項目の変更があり、自己負担金額等が変更になっている場合があります。)

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	○	○	○		
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	オーゾ(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		○	○	
	生化学検査	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			○
		脂質検査	直接ビリルビン			○
			ALP			○
			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)	○	○	○
	糖代謝	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)	○	○	○	
		尿素窒素			○	
	血清検査	HBs抗原		○	○	
		HCV抗体(ウイルス性肝炎検査)			○	
	尿検査	蛋白	○	○	○	
		糖	○	○	○	
		潜血	○	○	○	
	便潜血検査	ウロビリノゲン		○	○	
	免疫学(2日法)		○	○		
オプション 検査  (注2)	1 子宮がん検査	子宮頸部細胞診(医師採取法)	☆年齢制限なし 無料(注3)			
	2 乳がん検査	乳房超音波検査またはマンモグラフィ	☆年齢制限なし (いずれか) 無料(注3)			
	3 前立腺がん検査	PSA検査			☆45歳以上(注4)	
	脳検査	脳MRI+MRA			☆50歳以上 被保険者のみ (いずれか)(注5)	
		脳MRI+MRA+頸部MRA				
	動脈硬化検査	頸動脈超音波			☆50歳以上(注6) 被保険者のみ	
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7)				

人間ドックは医療機関のオリジナルの項目になります

【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) 婦人科「子宮がん検査」と「乳がん検査」はセット受診でなく、どちらか一方で受診が可能です。  
「子宮がん検査」は契約外医療機関で受診した場合、補助上限額(4,000円)を超える金額は自己負担となります。  
「乳がん検査」は契約外医療機関で受診した場合、補助上限額(5,000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) 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6) 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。
- ※(注7) 風疹抗体検査・・・予防接種ではありません。  
契約外医療機関で受診した場合、補助上限額(2,700円)を超える金額は自己負担となります。