

2025年度(令和7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(複数是不可)、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	○	○	○	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			オーディオ(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			○	
			生化学検査		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					○	
	LDH					○	
	脂質検査		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	○	○	○	
	糖代謝		ヘモグロビンA1c(HbA1c)	○	○	○	
			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	○	○	○	
			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)	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)				
	乳がん検査	乳房超音波検査またはマンモグラフィー(原則2方向)	☆年齢制限なし (いずれか) 無料(注3)				
	前立腺がん検査	PSA検査			☆45歳以上(注4)		
	動脈硬化検査	頸動脈超音波			☆45歳以上(注5) 被保険者のみ		
	脳検査	脳MRI+MRA			☆50歳以上 被保険者のみ		
		脳MRI+MRA+頸部MRA			(いずれか)(注6)		
	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)				

【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(6,000円)を超える金額は自己負担となります。
マンモグラフィーは原則2方向となります。

※(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) 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) 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。