【被扶養配偶者以外の被扶養者用】
【任意継続加入者用】

三谷健康保険組合
福井県福井市豊島１丁目３番１号
TEL　0776-20-3155

2025 年度特定健診のご案内

今年度の特定健診につきまして、下記のとおり実施することとしましたのでご案内します。

当組合では、特定健診の補助に加え、**生活習慣病健診や人間ドックを受けた場合、特定健診の項目を満たしている場合に限り、７，１５０円を補助**することとしております。

特定健診は、生活習慣病健診や人間ドックに比べ検査項目が少なくなっています。
肺のレントゲンや胃部検査・便検査などの詳しい検査を受けたい場合は、特定健診ではなく、生活習慣病健診や人間ドックの受診をおすすめします。
なお、この場合、自己負担額が発生しますが、ご自身の健康のため、ご家族のためにもぜひ健康診断を受けていただきますようお願いいたします。

１．受診および費用請求の手順

（１）特定健診を受ける場合

① 同封の「特定健診実施機関リスト」から医療機関を選択し、各自予約する。
② 同封の「受診券(セット券)」と保険証を持参し、健診を受診する。
③ 特定健診にかかる費用は全額を当健保組合にて負担（受診者負担無し）いたしますので、健診受診後の健保組合への費用請求は不要です。

【注意事項】

1. 受診券には**有効期限（2026/3/31）**が設けられていますので、有効期限内に受診してください。ただし、**受診日時点で当健保組合の資格がなくなっている場合は、受診券が有効期限内であっても受診できません。**
   資格喪失後に受診した場合は、健診費用を請求することになりますのでご注意ください。
2. 利用できる医療機関がリストにない場合や他の都道府県のリストが必要な場合は、健保組合までお電話ください。また、健康保険組合連合会(けんぽれん)ホームページでも検索することができますのでご利用ください。
   （けんぽれんホームページ　http://hoken.kenporen.or.jp/kensin/index.htm）
3. 市区町村が実施する住民健診の基本健康診査は、当組合の発行する「受診券(セット券)」を持参すれば受診できる場合もありますので、お住まいの市区町村にてご確認ください。

（２）生活習慣病健診や人間ドックを受ける場合

① 希望する医療機関で各自予約のうえ受診する。
② 受診前に回答する質問票の写しをお取りください。（医療機関へ提出される前に写しをお取りください。）ただし、健診結果表に質問票の回答結果が記載されている場合は、質問票の提出は不要です。
③ 健診受診後、健診費用全額を一旦医療機関へ支払う。
④ 同封の「健康診断費用補助金請求書」に必要事項をご記入のうえ、**領収書(写)、結果表(写)、②の質問票(写)**を添付して健保組合へ提出する。
（健診結果表に質問票の回答結果の記載がなく、事前の質問票の写しもない方は、お手数ですが同封の質問票にご回答いただき、請求書に添付してご提出ください。）
⑤ **費用請求受付締切日は、2026 年２月末日（健保組合必着）**です。締切日後は受付できかねますので、可能な限り早い時期に健診を実施し、医療機関への支払いおよび結果表が届きましたら、速やかに健保組合へ提出してください。

【注意事項】

1. **特定健診の項目（下記「２．特定健診の内容」の«基本的な健診項目»を参照）をすべて受診した場合に限り、7,150 円（特定健診分の費用）を補助いたしますのでご注意ください。**
2. 健診結果表は、表紙も含めてすべてのページをコピーしてください。（医療機関名・担当医師名確認のため）
3. **健診受診日時点で当組合の資格を喪失している場合は補助の対象となりませんのでご注意ください。**

２．特定健診の内容

«基本的な健診項目»

区分	検査項目
既往歴の調査	服薬歴および喫煙習慣の状況に係る調査を含む
自覚・他覚症状の有無の診察	理学的所見（身体診察）
身長・体重・腹囲測定	
BMI の測定	BMI＝体重(kg)÷身長(m)の 2 乗
血圧の測定	
肝機能検査	AST(GOT)、ALT(GPT)、γ-GTP
血中脂質検査	空腹時中性脂肪(やむを得ない場合には随時中性脂肪)、HDL コレステロール、LDL コレステロールまたは Non-HDL ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ
血糖検査	空腹時血糖または HbA1c、やむを得ない場合には随時血糖
尿検査	尿中の糖および蛋白の有無

«詳細な健診項目» ※医師の判断により受診の必要がある場合に実施

追加項目	実施できる条件
貧血検査	貧血の既往歴を有する者または視診等で貧血が疑われる者
心電図検査	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg または問診等で不整脈が疑われる者
眼底検査	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧または血糖が、次の基準に該当した者 血圧：収縮期血圧 140mmHg 以上または拡張期血圧 90mmHg 以上 血糖：空腹時血糖値が 126mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値)6.5%以上または随時血糖値が 126mg/dl 以上
血清クレアチニン検査 (eGFR による腎機能の評価を含む)	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧または血糖が、次の基準に該当した者 血圧：収縮期血圧 130mmHg 以上または拡張期血圧 85mmHg 以上 血糖：空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c(NGSP 値)5.6%以上または随時血糖値が 100mg/dl 以上