特定健康診査

対象	受診券に集合契約B(A・B両方記載でも可)と記載のある方
	医療保険の被扶養者
	退職後任意継続者(～74歳)
自己負担額	**受診券に記載あり**
お持物	受診券(セット券)、マイナ保険証・資格確認書、診察券(初診の方は不要)
お知らせ	**検査日当日と、後日診察で、2回ご来院いただく必要がございます。**

負担額計算方法

基本項目		¥9,955
詳細項目	貧血	¥230
	心電図	¥1,430

※上記金額より保険者負担分を<u>差し引いた額が本人負担額</u>となります

例：協会けんぽの被扶養者

基本部分	負担額 又は 負担率	保険者負担上限額 ￥7,150
詳細部分		保険者負担上限額 ￥3,400

この場合の本人負担額は　¥2,805（¥9,955-¥7,150）

※詳細項目については両方やっても￥3,400を超えないので負担なし

検査項目

●・・・必須項目　■・・・医師の判断により実施

項目		検査内容	
問診・診察		服薬歴　既往歴　自覚症状　他覚症状　喫煙歴等	●
計測		身長　体重　標準体重　BMI	●
		腹囲計測	●
視力		視力	
聴力		1000Hz　4000Hz	
血圧		最高血圧　最低血圧	●
検尿		糖	●
		蛋白	●
		潜血	
便検査		便潜血（2回法）	
心電図		12誘導	■
呼吸器検査		胸部Ｘ線検査	
消化器検査		胃部Ｘ線検査	
		胃部内視鏡検査	
血液検査	血液一般	赤血球数（RBC）	■
		血色素量（Hb）	■
		白血球数（WBC）	
		ヘマトクリット（Ht）	■
	脂質	空腹時中性脂肪（TG）	●
		総コレステロール	
		HDLコレステロール	●
		LDLコレステロール	●
	肝機能	AST（GOT）	●
		ALT（GPT）	●
		γ-GT（γ-GTP）	●
		ALP	
	腎機能	尿酸（UA）	
		血清クレアチニン	■
		e-GFR	■
	血糖	空腹時血糖	●
		ヘモグロビンA1ｃ（HbA1c）	※1
眼底検査			■

※1　空腹時血糖の検査が実施できない場合、ヘモグロビンA1ｃで代用