

☆ 令和 9 年度人間ドック等のお知らせ ☆

人間ドック等の受診を希望される方は、次の各事項をよくご覧の上、お申込み下さい。

- 当健康保険組合が、あなたが受診した健診機関から、あなたの人間ドック等の健診実施結果（以下「健診結果」という）を求めること
 - 健診結果に基づき、当健康保険組合が実施する健康相談・特定保健指導等の保健事業について事業主及び委託先と連携して実施する場合があります、当健康保険組合が求めた、あなたの「健診結果」を所属事業所の長又は安全管理者へ提供すること
- 上記に同意の上、お申込み下さい。

※申込締切日以降の受付は出来ません。期限厳守の上、お申込み下さい。

1、対象者

令和 8 年 1 0 月 3 1 日現在において、当健康保険組合に加入されている方
（任継及び令和 9 年度に資格喪失（予定）の方を除く）

区分	要件	受診可能区分
被保険者 被扶養配偶者	3 0 歳以上 7 4 歳以下の方（S28.4.2～H10.4.1生）	日帰りドック・一般健診 巡回健診（女性）
	・ 3 5 歳以上 7 4 歳以下の方（S28.4.2～H5.4.1生） ・ 令和7、8年度に脳検査で組合補助金を受けていない方 ・ 医師の説明が別日の場合でもご自身で聞きに行ける方 ・ 入れ墨がないこと、体内に金属が入っていないこと	脳検査 （日帰りドック受診時のみ）
配偶者以外の 被扶養者	4 0 歳以上 7 4 歳以下の方（S28.4.2～S63.4.1生）	日帰りドック・一般健診 巡回健診（女性）

※受診時、7 5 歳に達している場合は補助の対象外となります。

2、自己負担金（令和9年6月の給与より天引きとなります）

日帰りドック 12,000円

巡回健診（あまの創健）、一般健診 5,000円

脳検査 15,000円（日帰りドックの負担金に加算）

※脳検査は 3 年に 1 度の補助となります。利用日決定後の追加申込は出来ません。

※脳検査を受診される方は、必ずご自身で説明を受けて下さい。受けない場合は、補助をしないこともあります。

※補助金の定めのある婦人科検診・脳検査以外のオプションの費用、または補助金の限度額を超えた場合の費用については、健診機関へ直接お支払い下さい。（受診日当日、窓口での支払い）

3、健診実施期間

令和 9 年 4 月 1 日～令和 9 年 9 月末日まで（巡回健診(あまの創健)は 1 2 月末）

4、申込期間

令和 8 年 1 1 月 2 日～令和 8 年 1 1 月 2 0 日（締切り厳守）

（1 1 月 2 日より前に、申込みは出来ません）

※申込み専用サイトからの申込みが出来ない方は、電話での受付が可能です

（株）ペネフィット・ワンヘルス健診 健診予約受付センター【TEL 0 8 0 0 - 1 1 1 0 - 8 7 6 (10時～18時/日祝除)】

5、利用決定通知

- ・令和9年2月以降、メールにて順次ご連絡致します。
ご自身で印刷し、受診日当日病院へご持参下さい。
- ・病院によっては利用日の決定が遅れる場合もあります。（3月末頃）
- ・4月受診を希望される方は、病院からの利用日回答が直前になってしまう場合がありますので、5月以降の希望日を選択していただくことを推奨します。

6、日程の変更

やむを得ない理由により決定日を変更する場合は、利用決定日の10日前迄に、利用者自身が直接健診機関と利用日の調整を行った上で、速やかに変更日を健康保険組合まで連絡して下さい。

（10日以内で取消等の場合は、健診機関が違約金を徴収する場合があります）

7、健診機関の変更

異動による転居以外は対応いたしかねますので、ご了承ください。異動による変更を希望される場合は、まず健康保険組合までご連絡下さい。

8、契約健診機関（病院）

別資料で掲載、「令和9年度（2027年度）契約健診機関（病院等）一覧」をご覧ください

※健診機関を選ぶ際には、選択の間違いにご注意下さい

※各健診機関の注意事項を、ご確認ください

9、検査項目

最終ページ「標準的な検査項目一覧」をご覧ください

健診機関により検査項目は多少異なります。詳細は直接健診機関にお問い合わせ下さい。

※巡回健診(あまの創健)を受診する被保険者は、事業主健診を併せてご利用下さい。

（事業主健診については、各事業主へお問い合わせ下さい）

10、人間ドック特例受診について

近隣に健康保険組合の契約健診機関がない場合、契約外の健診機関にて受診することが可能な制度です。

【実際の支払金額（限度額規定あり）－自己負担額＝補助金支給額】

（限度額を超えるもの・胃カメラへの変更差額費用・鎮痛剤・オプション検査等のご自身で負担）

●特例受診の対象要件●

①新設店舗等で勤務地の県内に契約健診機関がない場合

②勤務地及び居住地から20km以内に契約健診機関がない場合

上記に該当し健診を希望する場合は、申込専用サイトで、特例受診を選択し登録した後、健康保険組合までご連絡下さい。

「特例受診申込書」を送付しますので、申込期限（令和8年11月20日(金)）までに健康保険組合にご提出下さい。

標準的な検査項目一覧（令和9年度）

検査項目は標準的なものです。健診機関により多少異なります。詳細は直接健診機関にお問い合わせ下さい。

区 分	検査項目	日帰ドック	一般健診	巡回健診	備 考
身体	身長・体重・診察・肥満度・腹囲	●	●	●	●：殆どの健診機関で基本検査 △：一部の健診機関で基本検査 ×：事業主健診の要件に不足する項目。 （巡回は主に被扶養者を対象とし、 労働安全衛生法第66条に基づく 事業主健診の要件を満たさない為 <u>巡回健診を受診する被保険者は 事業主健診を併せて利用下さい</u>）
呼吸器系	胸部X線	●	●	×	
	肺機能検査	△			
循環器系	血圧測定	●	●	●	
	心電図	●	●	●	
脂質系	LDLコレステロール	●	●	●	
	HDLコレステロール	●	●	●	
	中性脂肪	●	●	●	
	Non-HDLコレステロール	●	△		
腎機能系	クレアチニン	●	●	●	
	e GFR	●	△	●	
尿	尿沈渣	●			
	尿蛋白	●	●	●	
	尿素窒素	●		●	
	尿潜血	●	●	●	
	尿比重	●			
	尿ウロビリノーゲン	●		●	
	尿糖	●	●	●	
超音波	腹部エコー	●			
肝機能系	総蛋白	●	△	●	
	GOT	●	●	●	
	GPT	●	●	●	
	γ-GPT	●	●	●	
	ALP	●	△		
	LDH	△			
	総ビリルビン	△		●	
	アルブミン（Alb）	△		●	
血清	A/G	△			
	HBs抗原	△			
血液系	HCV抗体	△			
	血清アミラーゼ	△			
糖尿病	空腹時血糖・HbA1c	●	●	●	→ どちらか一方の場合あり
血液系	ヘマトクリット値	●	●	●	
	ヘモグロビン	●	●	●	
	赤血球数	●	△	●	
	白血球数	●	△	●	
	血小板数	△		●	
	MCV・MCH・MCHC	△		●	
	血液型	△			
眼科系	視力・眼圧・眼底	●	△	眼底	→ 一般健診は視力のみの場合あり
炎症反応	CRP	●	△		
	RF定量	△			
尿酸	尿酸	●	●	●	
耳鼻科	聴力	●	●	×	
婦人科等	子宮細胞診	オプショ	オプショ	●(HPV)	→ 健診機関により料金・内容等異なる。 詳細は直接健診機関へ
	乳房超音波検査	オプショ	オプショ	●	
	マンモグラフィ	オプショ	オプショ	オプショ	
胃腸管系	便潜血	●	●		→ 基本は胃X線検査。胃カメラは健診機関により 対応が異なる。詳細は直接健診機関へ
	消化器検査 （基本は胃X線）	●	●	●一方	
脳検査	MRI	オプショ			→ 脳検査の補助金は3年に一回限度 健康保険組合が認定した場合に補助あり
	MRA	オプショ			