

平成29年3月6日

事業主様

大阪鉄商健康保険組合

平成29年度における健康診査のご案内

時下、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

平素は、当健康保険組合の事業運営につきまして、ご理解、ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、平成29年度に受診いただく健康診査につきまして、下記のとおりご案内いたします。

いずれの健康診査も通年受診可能となっておりますので、積極的に受診いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

記

【当組合契約健診機関で受診する場合】

1 健診の種類

- (1) 一般健康診査・・・・・・・・・・若年層の受診を基本とする健診です。
- (2) 生活習慣病予防健診・人間ドック・・・35歳以上対象の内容の充実した健診です。
- (3) がん検診・・・・・・・・・・検査方法が2通りあります。

①医療機関で検査を受ける方法

②検査器具を利用して自己採取する方法（郵送によるがん検診）

※別添「がん自己検診のご案内」をご参照ください。

2 健診の内容及び自己負担金

健診の種類により異なります。

別紙1「健診等の自己負担金一覧【契約健診機関用】」をご参照ください。

3 契約健診機関

当健康保険組合ホームページ (<http://www.tetsusyou-kenpo.or.jp/>) 「保健事業」のページ内「当健保組合契約健診機関」をご参照ください。

4 申込方法

別添の「各種健診申込書」に必要事項をご記入のうえ、ご利用になる健診機関へ直接提出してください。

※当健康保険組合あてに健診申し込みの連絡は不要です。

5 健診費用のお支払い

契約健診機関で受診される場合は、受診時の費用のお支払いはありません。

後に当健康保険組合より事業所様あてに、自己負担金の請求をさせていただきます。

【契約外の健診機関で受診する場合】

1 健診の種類

当組合契約健診機関で受診する場合と同様ですが、健診機関により検査項目等が異なる場合があります。

2 健診の内容及び補助金額

別紙2「健診等の補助金一覧」をご参照ください。

3 補助金の請求方法

別紙3「健康診査補助金請求書」に以下の添付書類を添えて、当健康保険組合へ提出してください。

○添付書類

①健診機関に支払った費用の領収書（原本）

②健診結果表（写）

③質問表（40歳以上の方のみ。平成29年度内に40歳に到達する方を含む。）

【留意事項】

1 受診当日は健康保険証を持参してください。

2 健診の補助は、年度内において一般健診各コース、生活習慣病予防健診、人間ドックのいずれか1回となります。（がん検診との重複は可。）

3 がん検診の補助は、年度内において、各がん検診につき1回ずつの補助となります。
※乳がん検診を年度内に2回受診される場合などは、2回目以降、全額自己負担となります。

健診等の自己負担金一覧 【契約健診機関用】

契約健診機関で受診する場合は、受診時の費用は必要はありません。

後に事業所様あて自己負担金の請求をいたします。（被保険者、被扶養者の方が対象です。）

種 目	対象年齢※1	検 査 項 目 等	自己負担金
一般健診（B）	40歳未満	身長・体重・視力・聴力・血圧・尿検査・胸部X線	1,000円
一般健診（C）	制限なし	身長・体重・腹囲・視力・聴力・血圧・尿検査・胸部X線 血液検査	2,000円
一般健診（D）	〃	身長・体重・腹囲・視力・聴力・血圧・尿検査・胸部X線 血液検査・心電図	3,000円
生活習慣病 予防健診	35歳以上	身長・体重・BMI・腹囲・視力・聴力・血圧・尿検査 胸部X線・血液検査・心電図・胃検査	4,000円
人間ドック	〃	身長・体重・BMI・腹囲・視力・聴力・血圧・尿検査 胸部X線・血液検査・心電図・胃検査・腹部超音波	※2
特定健診（基本）	40歳以上	身長・体重・BMI・腹囲・血圧・尿検査・血液検査	0円
特定健診（付加）	〃	貧血・心電図・眼底（医師が必要と認めた場合）	
乳 がん	30歳以上	マンモグラフィー・エコー	2,500円
子 宮 がん	〃	頸がんまたは体がんの細胞診	1,000円
肺 がん	35歳以上	喀痰・シフラ	1,000円
前立腺がん	〃	P S A	1,000円
大 腸 がん	〃	便潜血	500円
二 次 検 査	制限なし	健康診査等により精密検査などの指示を受け、再検査を行 った費用について、検査の費用のみが補助されます。 (投薬、治療は補助対象外)	0円
インフルエンザ	〃	予防接種	1,000円

※1 年度内に対象年齢に到達する方を含みます。

※2 人間ドックは、20,000円が組合補助となり、20,000円を超える分が自己負担額となります。

【留意事項】

- 2 各種健診は、年度内いずれか1回の補助となります。
- 3 がん検診は、年度内それぞれ1回の補助となります。
- 4 インフルエンザは、年度内1回の接種分のみ補助となります。
- 5 契約健診機関以外で受診された場合は、補助金の請求を行ってください。

大阪鉄商健康保険組合

健診等の補助金一覧

「補助金請求書」により請求をお願いします。(被保険者、被扶養者の方が対象です。)

種 目	対象年齢※1	検 査 項 目 等	最低自己負担金	補助限度額
一般健診 (B)	40歳未満	身長・体重・視力・聴力・血圧・尿検査・胸部X線	1,000円	1,700円
一般健診 (C)	制限なし	身長・体重・腹囲・視力・聴力・血圧・尿検査・胸部X線 血液検査	2,000円	3,000円
一般健診 (D)	〃	身長・体重・腹囲・視力・聴力・血圧・尿検査・胸部X線 血液検査・心電図	3,000円	4,000円
生活習慣病 予防健診	35歳以上	身長・体重・BMI・腹囲・視力・聴力・血圧・尿検査 胸部X線・血液検査・心電図・胃検査	4,000円	14,000円
人間ドック	〃	身長・体重・BMI・腹囲・視力・聴力・血圧・尿検査 胸部X線・血液検査・心電図・胃検査・腹部超音波 【費用が30,000円以上】	※2	20,000円
乳 が ん	30歳以上	マンモグラフィー・エコー	2,500円	4,500円
子 宮 が ん	〃	頸がんまたは体がんの細胞診	1,000円	3,000円
肺 が ん	35歳以上	喀痰・シフラ	1,000円	3,000円
前立腺がん	〃	P S A	1,000円	3,000円
大腸がん	〃	便潜血	500円	1,000円
二 次 検 査	制限なし	健康診査等により精密検査などの指示を受け、再検査を行 った費用について、検査の費用のみが補助されます。 (投薬、治療は補助対象外)	0円	全額
インフルエンザ	〃	予防接種	※3	1,500円

※1 年度内に対象年齢に到達する方を含みます。

※2 人間ドックは、20,000円が組合補助となり、20,000円を超える分が自己負担額となります。

※3 インフルエンザは、1,500円が組合補助となり、1,500円を超える分が自己負担額となります。

【補助金の支給について】

- 1 各種健診は、年度内いずれか1回の補助となります。
- 2 がん検診は、年度内それぞれ1回の補助となります。
- 3 インフルエンザは、年度内1回の接種分のみ補助となります。