

2020年度 特定健診等各種健診のご案内

日立造船健康保険組合では、皆さまの健康の保持・増進のため、ご家族様向け（40才以上）の健康診断を実施しています。ご自身のため、家族の皆さまのためにも年に一度の健診を受診しましょう！

【健康診断コース一覧】

コース	健診の種類	内 容	費 用	対 象 者
A コース	①特 定 健 診	全国の医療機関で同じ項目を検査します。 <u>（同封の「受診券（セット券）」を使用）</u>	無 料 （全額健保組合負担）	被扶養者（ご家族） 被扶養配偶者（奥さま） 任意継続被保険者
	②市区町村が実施する がん検診等の補助	市区町村が実施するがん検診等を受診した費用を補助します。	自己負担額を 全額補助	被扶養配偶者（奥さま） 任意継続被保険者
B コース	主 婦 健 診	当健保組合が契約している健診機関で実施する健診です。	無 料 （全額健保組合負担） ※ オプション検査は 一部個人負担あり	被扶養配偶者（奥さま）
C コース	巡 回 型 家 族 健 診	全国のホテル・会館等の会場で実施する健診です。	無 料 （全額健保組合負担） ※ オプション検査は 一部個人負担あり	被扶養配偶者（奥さま）
D コース	人 間 ド ッ ク	身体を詳しく調べたい方におすすめのコースです。	健診費用の7割を補助 （上限3万円）	被扶養配偶者 任意継続被保険者

様が受診できるコースは、次のいずれかになります。

Aコース①	特定健診	
Aコース②	市区町村が実施する各種がん検診等	
Bコース	主婦健診	
Cコース	巡回型家族健診	
Dコース	人間ドック	

詳細は各種健診コースのご案内をご確認ください。

各種健診の検査項目

○：基本項目

△：医師の判断で追加できる項目

■：希望により受診できる項目（自己負担あり）

（注）医療機関によって実施していない場合があります。

検査項目		Aコース①	Bコース	Cコース	Dコース
		特定健診	主婦健診	巡回型 家族健診	人間ドック
既往症・業務歴		○	○	○	医療機関によって検査内容が変わりますので、受診前に医療機関へお問い合わせください。
自覚症状・他覚症状		○	○	○	
身体測定	身長	○	○	○	
	体重	○	○	○	
	腹囲	○	○	○	
	BMI	○	○	○	
視力		-	○	○	
聴力		-	○	○	
血圧		○	○	○	
胸部X線検査		-	○	○	
尿検査	尿糖	○	○	○	
	尿たんぱく	○	○	○	
	尿潜血	-	○	○	
	ウロビリノーゲン	-	○	○	
血液検査	脂質検査	中性脂肪	○	○	
		HDLコレステロール	○	○	
		LDLコレステロール	○	○	
	肝機能検査	AST(GOT)	○	○	
		ALT(GPT)	○	○	
		GGT(γ-GTP)	○	○	
		総ビリルビン	-	○	
		総蛋白(TP)	-	○	
		ALP(アルカリフォスファターゼ)	-	○	
		LDH(乳酸脱水素酵素)	-	○	
		アルブミン	-	○	
	血糖検査	空腹時血糖	○	○	
		または HbA1c(NGSP値)	○	○	
	貧血検査	ヘマトクリット値	△	○	
		血色素量(ヘモグロビン値)	△	○	
		赤血球数	△	○	
		白血球数	-	○	
検査	腎機能検査	血小板	-	○	
		尿素窒素(BUN)	-	○	
		クレアチニン(CRE)	△	○	
		eGFR	-	○	
	痛風検査	尿酸(UA)	-	○	
	膵機能検査	血清アミラーゼ	-	○	
	肝炎検査	HBs抗原、HCV抗体	-	-	
	前立腺検査	PSA	-	-	
心電図		△	○	○	
胃部検査	X線検査またはABC検診	-	○	■	
大腸がん検査	便潜血	-	○	■	
眼底検査		△	-	-	
子宮頸部がん検査		-	■(注)	■	
乳がん検査	マンモグラフィまたは乳腺エコー	-	■(注)	■	
骨粗しょう症検査		-	■(注)	-	

Aコース②「市区町村が実施するがん検診等」の内容については、お住まいの市区町村にてご確認ください。

健診の結果の送付にご協力ください！

当健保組合では「特定健診の受診率向上」に取り組んでいます。健診結果をいただくことで「特定健診を受診した」とみなされます。パート先などで受けた方も対象になりますので、ご協力の程お願いします。

Aコース① ～「特定健診」～

特定健診は、生活習慣病のリスクを判定して、メタボリックシンドロームの早期発見と進行、発病の予防を主な目的とした健診です。

受診対象者：被扶養者（ご家族）・被扶養配偶者（奥さま）

任意継続被保険者

同一年度内に「主婦健診」「巡回型家族健診」「人間ドック」を受診する場合は利用できません。

検 査 内 容

次のような検査を実施します。全国の医療機関で同じ検査項目を実施します。

	問診・診察		身体測定		尿 検 査 (尿糖、尿たんぱく)
	血液検査（脂質・肝機能・血糖の測定）		血 圧 測 定		

※ 医師が必要と判断した場合に限り、心電図・眼底検査・貧血検査・血清クレアチニン検査を実施する場合があります。

特定健診のながれ

① 受 診 券 の 確 認	送付物に『特定健康診査受診券(セット券)』が入っていることをご確認ください。 ※お手元がない場合は日立造船健康保険組合へ問い合わせください。
② 予 約 	ご自身で「特定健診」を受診できる医療機関を選択してご予約ください。 ご予約の際『日立造船健康保険組合が発行した「受診券」を利用して特定健診を受けたい。』とお伝えください。 「特定健診」を受診できる医療機関はホームページで検索できます！ 健保連健診 × Q 検索 キーワード入力補助 ON - OFF
③ 受 診	医療機関の指示に従って、すべての項目を受診してください。 当 日 の 持 ち 物 ・特定健康診査受診券（セット券） ・健康保険証 ・医療機関から指示があった書類（質問票等） 特定健診受診費用の自己負担はありません。 （全額健康保険組合で負担します） 受診券の有効期限 2021年1月31日までに受診ください。

特定健診に関する問合せ先

担 当	問 合 せ 先
日立造船健康保険組合 総務課 松 並	TEL 06-6468-7550

Aコース②

～お住まいの市区町村が実施するがん検診等の補助について～

ー特定健診とあわせての受診をおすすめしますー

お住まいの市区町村で実施しているがん検診等の検診費用（自己負担額）を全額補助します。
「特定健診」にはがんに特化した検査項目がないので、がんの早期発見、進行・発病の予防のために特定健診にプラスしてがん検診を受診しましょう。

受診対象者：被扶養配偶者（奥さま）・任意継続被保険者

同一年度に「主婦健診」「巡回型家族健診」「人間ドック」を受診する場合は、がん検診の補助金の申請はできません。

検診申込先・問合せ先

- お住まいの市区町村
- ※ 実施内容等については、お住まいの市区町村の広報誌、ホームページまたは健診担当窓口でご確認ください。
- 次の場合は補助の対象外となりますのでご注意ください。
- がん検診等後の再検査（精密検査等）や医療機関が治療の一環で実施している検査
 - 検診費用・方法がお住まいの市区町村のがん検診等の実施内容と異なる場合

2021年3月31日までに受診してください。

申請書送付先・問合せ先

「住民健康診断補助金申請書」に領収書（原本）を添付して、下記の送付先へ申請ください。

送付先	所在地	担当	問合せ先
日立造船健康保険組合	〒554-0012 大阪市此花区西九条5-3-28 ナインティビル8階	総務課 松 並	TEL 06-6468-7550

※申請書は切り離してご利用ください。

2020年度 住民健康診断補助金申請書

対象者は、40歳以上の被扶養配偶者(奥さま)の方および任意継続被保険者の方で、自己負担額を補助します。

被 保 険 者	提出日	年 月 日			※太線の枠内を記入してください。 ※□の箇所は該当するものに「✓」を付してください。			
	被保険者証	記号	番号	氏名	(フリガナ)			印
	会社名				所属または 出向先			
受 診 者	氏名	(フリガナ)			性別	生 年 月 日		
					☐ 男 ☐ 女	年 月 日 (歳)		
	住所	〒 ー TEL ー ー			続 柄		☐ 本人 (任意継続被保険者) ☐ 妻 (被扶養配偶者)	
受 診 内 容	実施 市区町村名			検査名	受診日	検査名	受診日	
				胃 が ん	月 日		月 日	
				大 腸 が ん	月 日		月 日	
				肺 が ん	月 日		月 日	
				子 宮 が ん	月 日		月 日	
				乳 が ん	月 日		月 日	
連 絡 先	※健康保険組合より問合せをする場合の連絡先をご記入ください。							
	☐ 被保険者	TEL		☐ 職場 ☐ 自宅 ☐ 携帯				
	☐ 妻(被扶養配偶者)	メールアドレス		☐ PC ☐ 携帯				

【注意事項】

- 本書は健康保険組合へ提出してください。
- 医療機関等発行の領収書（本書）を添付してください。＜のり付けはしないでください＞
- 下記に該当する場合は、住民健康診断補助金の申請はできません。
 - (1) 受診時に退職などにより健康保険の資格を喪失している場合。
 - (2) 本年度中に、下記のコースを受診した場合。
 - Bコース 主婦健診、Cコース 巡回型家族健診、Dコース 人間ドック

健 保 組 合 が 記 入 す る 欄	決 定 年 月 日	年 月 日	健診料(A)	円		
	決 定 額	¥	補助額(B)	円		
	常 務 理 事	担 当		当 年 度 補 助		実 績
				人 間 ド ッ ク		有 ・ 無
				主 婦 健 診		有 ・ 無
			巡 回 型 家 族 健 診	有 ・ 無		

Bコース ～ 「主婦健診」 ～

当健保組合の契約健診機関で実施する健康診断です。Aコース①の「特定健診」に、生活習慣病健診（胃、大腸、呼吸器・循環器検査）をセットにしたコースとなっており、ご主人様が会社で受けている定期健康診断と同じ内容の健診となっています。

受診対象者：被扶養配偶者（奥さま）

※ 同一年度内に「Aコース①特定健診・Aコース②市区町村実施各種がん検診等」「Cコース巡回型家族健診」「Dコース人間ドック」を受診する場合は申請できません。

〈受診健診機関・日程〉

地 区	医 療 機 関	受診（予約）日
尾 道	会 場：因島体育センター（尾道市因島重井町） 最寄バス停：因の島バス 勤労者センター前 電 話：日立造船健康保険組合因島診療所へ連絡ください 健診機関：（財）中国労働衛生協会	2020年8月1日（土） 9：10～11：00 混雑が予想されますので、 お早めにご予約ください。
大 阪	多根クリニック（大阪市港区） 電 話：06-6577-1881 最寄駅：JR 環状線弁天町駅 / 大阪メトロ中央線 弁天町駅	2020年5月 ～2021年3月
福 井	木 村 病 院（福井県あわら市） 電 話：0776-73-3323 最寄駅：JR 北陸本線 芦原温泉駅/えちぜん鉄道三国芦原線 番田駅	
有 明	大牟田天領病院（福岡県大牟田市） 電 話：0944-53-6220 最寄バス停：西鉄バス「天領小前」または「天領町1丁目」	

〈検 査 項 目〉

○：特定健診検査項目



○診 察



○身体測定



○血圧測定



○血液検査



○尿検査



心電図



大腸検査：便潜血検査2回法



呼吸器・循環器検査：胸部撮影

胃部検査

地区によって検査方法が変わりますのでご注意ください。



X線撮影法（バリウム）・・・尾道地区のみ実施



※ABC検診（血液検査）・・・大阪・福井・福岡で実施

※ ABC検診

「ピロリ菌抗体検査」と「ペプシノーゲン検査」を組み合わせることで、リスク別にA～D群の4つにグループ分けし、胃がんのリスクを調べる検査で、5年ごとに実施します。
対象年齢は下記のとおりです。

地区	対象年齢
大 阪・福 井	2021年3月31日時点で <u>40・45・50・55・60歳</u> を迎える方 対象年齢でない場合は、本年度の検査はありません。
有 明	2020年度については <u>全員が対象</u> ※ 2021年度以降は対象年齢のみの実施となります。

く 受 診 費 用 く

受診日当日に健診費用の自己負担はありません。（全額当健保組合で負担します）

※オプション検査を受診した場合は、一部有料となります。

く主 婦 健 診 の な が れく

地区によって一部手順が変わりますのでご注意ください

尾 道 地 区

①『主婦健診 利用申込書』を送付	②利用案内の確認	③受 診
当健保組合因島診療所宛に 申請ください。 ※ 同封している「特定健康診査受診券 （セット券）」は、利用申込書に添え てご返却ください。	当健保組合より 『主婦健診の利用案内』を 送付します。	保険証を持参して、医師の指示 に従って受診してください。

尾道地区 申込用紙送付先・問合せ先

送 付 先	所 在 地	担 当	問合せ先
日立造船健康保険組合 因 島 診 療 所	〒722-2393 尾道市因島土生町2368 日立造船（株）因島工場内	村 上	TEL 0845-22-2661

大阪地区・福井地区・有明地区

①『主婦健診 利用申込書』を送付	②利用案内の確認	③予 約 	④受 診
当健保組合宛（大阪）に 申請ください。 ※ 同封している「特定健康診 査受診券（セット券）」は、 利用申込書に添えてご返却 ください。	当健保組合より 『主婦健診の利用案内』 を送付します。	ご自身で医療機関へ ご予約ください。 オプション検査の追加 を希望される場合は、 予約時に医療機関へ お申し出ください。	健康保険証を持参して、 医師の指示に従って受診 してください。

大阪地区・福井地区・有明地区 申込用紙送付先・問合せ先

送 付 先	所 在 地	担 当	問合せ先
日立造船健康保険組合	〒554-0012 大阪市此花区西九条5-3-28 ナインティビル8階	総務課 松 並	TEL 06-6468-7550

※申込書は切り離してご利用ください。

2020年度 主婦健診利用申込書

対象者は40歳以上の被扶養配偶者（奥さま）です。

被 保 険 者	提 出 日	年 月 日		※太線の枠内を記入してください。 ※□の箇所は該当するものに「✓」を付してください。	
	被 保 険 者 証	記 号	番 号	氏 名	(フリガナ)
会 社 名				所 属 また は 出 向 先	
受 診 者 （ 奥 さ ま ）	氏 名	(フリガナ)		続 柄	生 年 月 日
				妻	年 月 日 (歳)
	住 所	〒 — TEL — —			

希 望 す る 医 療 機 関 に 「 ✓ 」 を 付 し て く だ さ い	☐ 多根クリニック (大阪市港区)		☐ 木村病院 (福井県あわら市)	☐ 大牟田天領病院 (福岡県大牟田市)
	※上記を選択した方で、過去にピロリ菌の 除菌をしたことがありますか ☐ ある ☐ ない			
	☐ 中国労働衛生協会 < 因島体育センター（広島県尾道市） >			

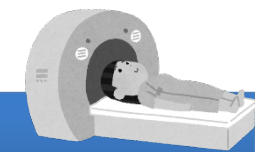
連 絡 先	※健康保険組合より問合せをする場合の連絡先をご記入ください。			
	☐ 被保険者	TEL	☐ 職場 ☐ 自宅 ☐ 携帯	
	☐ 妻	メールアドレス	☐ PC ☐ 携帯	

【注意事項】

- 本書は健康保険組合へ提出してください。
- 配布している「特定健康診査受診券(セット券)」をご返送ください。
- 下記に該当する場合は、住民健康診断補助金の申請はできません。
(1) 受診時に退職などにより健康保険の資格を喪失している場合。
(2) 本年度中に、下記のコースを受診した場合。
①特定健診受診 ②住民健診の補助 ③巡回型家族健診 ④人間ドック
- この申込書を受理した後、健康保険組合（診療所）から主婦健診の実施案内を送付します。

Dコース ～「人間ドック」～

自分のからだについて詳しく調べたい方におすすめのコースです。



受診対象者：**被扶養配偶者・任意継続被保険者**
※同一年度内に「特定健診・市区町村実施各種がん検診等」「主婦健診」「巡回型家族健診」を受診する場合は申請できません。

健診費用の7割（上限3万円）を補助します

特定健診の項目を含んでいる人間ドックについて、健診費用総額の7割（上限3万円）を補助します。基本検査のほか、オプション検査も対象となります。

※ 特定健診の有無がわからない場合は、医療機関または当健保組合（06-6468-7550）へ問合せください。

例：健診費用総額が3万円の場合	
健保組合補助：	3万円×7割=2.1万円 (自己負担額：9,000円)
健診費用総額が5万円の場合	
健保組合補助：	5万円×7割=3.5万円 ➡ <u>上限3万円</u> (自己負担額：2万円)

【人間ドックのながれ】

当健保組合の契約健診機関での受診と、契約健診機関以外での受診で手続き変わります

 予 約	ご自身で医療機関へ問合せ、受診の予約をしてください。	
「人間ドック利用 申込書」の申請 (申請先は裏面参照)	受診(予約)日の10日前までに「人間ドック利用申込書」を当健保組合へ 申請ください。 ※ 同封している「特定健康診査受診券(セット券)」は利用申込書に添えて返却ください。	
	契 約 健 診 機 関 (裏 面 掲 載) で 受 診 す る 場 合 の な が れ	契 約 健 診 機 関 以 外 で 受 診 す る 場 合 の な が れ
人間ドック補助金 請 求 案 内		当健保組合から「人間ドック補助金請求 案内」を送付します。
受 診	2021年3月31日までに受診してください	
会 計	「自己負担額」をお支払いください	「健診費用全額」をお支払いください
補 助 金 請 求 ・ 健 診 結 果 送 付		「人間ドック補助金請求案内」に同封して いる「人間ドック補助金申請書」に必要書 類を添えて、当健保組合(大阪)へ申請く ださい。 ＜必要書類＞ (ア) 領収証の原本 (イ) 健診結果のコピー (ウ) 質問票(後日送付) ※ 補助金はご主人様の給与に含めてお支払い します(任意継続被保険者は指定口座)

健診の結果の送付にご協力ください！

当健保組合では「特定健診の受診率向上」に取り組んでいます。健診結果をいただくことで「特定健診を受診した」とみなされます。パート先などで受けた方も対象になりますので、ご協力の程お願いします。

人間ドック 契約健診機関一覧

申込用紙 送付先	健診機関名	所在地	連 絡 先	基 本 料 金 (税 別)
日立造船 健康保険組合	多根クリニック	大阪市港区	06-6577-1881	39,000円
	健康保険組合連合会大阪中央病院	大阪市北区	06-4795-5550	36,684円
	日本生命済生会 ニッセイ予防医学センター	大阪市西区	06-6443-3437	39,000円
	南大阪総合健診センター	大阪市西成区	06-6654-2222	38,000円
	関西医科大学 天満橋総合クリニック	大阪市中央区	06-6943-2260	38,500円
	飯島クリニック	大阪市中央区	06-6243-5401	37,000円
	アムスニューオータニクリニック	大阪市中央区	06-6949-0305	41,000円
	中之島クリニック	大阪市福島区	0120-489-401	40,000円
	淀川キリスト教病院 健康管理増進センター	大阪市東淀川区	0120-364-489	40,000円
	みどり健康管理センター	大阪府吹田市	06-6385-0265	42,000円
	大阪医科大学健康科学クリニック	大阪府高槻市	072-684-6277	40,000円
	横浜総合健診センター	横浜市神奈川区	045-461-1230	41,000円
	日産厚生会診療所	東京都港区	03-3504-1643	43,000円
	東京品川病院	東京都品川区	03-3761-4260	45,000円
	東京都予防医学協会	東京都新宿区	0120-128-177 (携帯・通話料有料) 03-3269-2190	42,000円
	舞鶴共済病院	京都府舞鶴市	0773-62-2510	40,000円
	荒尾市民病院	熊本県荒尾市	0968-62-4480	35,000円
	大腸肛門病センター高野病院	熊本県熊本市	096-320-6510	38,000円
因島診療所	日立造船健康保険組合 因島総合病院	広島県尾道市	0845-22-2552	38,000円
	尾道市民病院	広島県尾道市	0848-47-1155	31,000円

申込用紙送付先・問合せ先

送 付 先	所 在 地	担 当	問合せ先
日立造船健康保険組合	〒554-0012 大阪市此花区西九条5-3-28 ナインティビル8階	松 並	TEL 06-6468-7550 FAX 06-6468-7234
日立造船健康保険組合 因 島 診 療 所	〒722-2393 尾道市因島土生町2368 (日立造船(株)因島工場内)	村 上	TEL 0845-22-2661 FAX 0845-22-1246

上記以外の医療機関でも受診できます。
その場合の申込用紙送付先・問合せ先は、日立造船健康保険組合（大阪）にお願いします。

※申込書は切り離してご利用ください。

2020年度 人間ドック利用申込書

(受診10日前までに必ず提出してください)

対象者は、40歳以上の被扶養配偶者の方および任意継続被保険者の方です。

被 保 険 者	提 出 日	年 月 日			※太線の枠内を記入してください。 ※□の箇所は該当するものに「✓」を付してください。	
	被 保 険 者 証	記 号	番 号	氏 名	(フリガナ)	印
受 診 者	会 社 名				所 属 ま た は 出 向 先	
	氏 名	(フリガナ)			性 別	生 年 月 日
					☐ 男 ☐ 女	年 月 日 (歳)
受 診 内 容	住 所	〒 ー TEL ー ー			続 柄	
					☐ 本人 ☐ 被扶養配偶者	
受 診 内 容	受診日 (予約日)	年 月 日			※ 「脳ドック」をご希望の場合は事前にお問い合わせ してください。(検査項目によって補助金申請が できない場合があります)	
	医 療 機 関 名 称					
連 絡 先	※健康保険組合より問合せをする場合の連絡先をご記入ください。					
	☐ 被保険者	TEL		☐ 職場 ☐ 自宅 ☐ 携帯		
	☐ 被扶養配偶者	メールアドレス		☐ PC ☐ 携帯		

【注意事項】

- 本書は受診10日前までに健康保険組合（診療所）へ提出してください。
- 任意継続被保険者および被扶養配偶者の方は、配布している「特定健康診査受診券(セット券)」をご返送ください。
- 下記に該当する場合は、人間ドックの受診または補助金の申請はできません。
(1) 予約後、受診時に退職などにより健康保険の資格を喪失している場合。
(2) 本年度中に、下記のコースを受診した場合。
Aコース① 特定健診、Aコース② 住民健診の補助、Bコース 主婦健診、Cコース 巡回型家族健診
- 契約健診機関以外での受診の場合
(1) この利用申込書を受理した後、健康保険組合から人間ドック受診案内および補助金請求書等を送付します。
(2) 受診後、補助金請求書に必要書類を添付して、健康保険組合へ提出してください。

健 保 組 合 が 記 入 す る 欄	決 定 年 月 日	年 月 日	健診料(A)	円	(B)補助額内訳		
	決 定 額	¥	補助額(B)	円	特定健診	円	
	受 診 日	年 月 日	本人負担額 (A-B)	円	ドック	円	
	常 務 理 事	担 当		診 療 所	当 年 度 補 助 実 績		
					特 定 健 診 住 民 健 診 主 婦 健 診 巡 回 型 家 族 健 診	有 ・ 無 有 ・ 無 有 ・ 無 有 ・ 無	