

# 従業員の健診概要

## 会社健診の概要

必ず受診前に「健診予約システム」へ予約情報の登録をお願いします。

対象者：会社健診対象社員（事業所の対象者設定により選択できるコースが異なります。）

## 健診コース

コースの種類		健保補助（上限）	事業所補助（上限） ※1	自己負担（窓口精算）
人間ドック（定期健診代用）	胃X線または胃内視鏡コース	28,000円	A：9,600円	補助超過分
	胃部検査なしコース	20,000円	B：なし C：全額	補助超過分 なし
定期健診（海外健診用・雇用時健診含む）				
海外健診用人間ドック ※2	胃X線または胃内視鏡コース 胃部検査なしコース	なし	全額	なし
特定業務従事者健診	※特定業務従事者は受診する必要があります			

※1) 会社の定期健診の代用として人間ドックを受診する場合は、健保補助に加え、事業所補助が適用されます。事業所（会社）により補助適用額が異なりますので、詳しくは各事業所（会社）の健診担当にご確認ください。補助を利用した健診受診は原則年度内1回となります。2回以上となる場合、後日、健保・事業所から請求される場合があります。

※2) 海外健診用人間ドック、海外健診用定期健診は事業所担当から指定された項目が追加されることがあります。（費用は事業所負担）

人間ドックオプション・単独健診の種類		健保補助（上限）	自己負担（窓口精算）
脳ドック（脳検査） （人間ドックオプションまたは単独受診）	脳MRIまたは脳MRAまたは 脳MRI + MRA	28,000円	健保補助超過分※3
乳がん検査 （人間ドックオプションまたは単独受診） ※1	乳房超音波またはマンモグラフィ または乳房超音波+マンモグラフィ	7,000円	
子宮がん検査 （人間ドックオプションまたは単独受診） ※2	子宮頸部細胞診（医師採取のみ）	4,000円	

※1) 乳房超音波とマンモグラフィは両方受診の場合も上限7,000円まで補助対象です。

視触診は、各検査に含まれる場合は補助対象ですが、視触診のみの場合は補助対象外です。

※2) 子宮頸部細胞診は自己採取法は補助対象外です。また、経膈超音波、経腹超音波、子宮体部細胞診、HPVなども、子宮頸部細胞診と同時受診した限り、子宮がん検査の補助対象となります。

## 補助ルール

- 人間ドック、脳ドック（脳検査）（オプション又は単独）、乳がん検査（オプション又は単独）、子宮がん検査（オプション又は単独）は年度内に各1回補助適用で受診可能です。
- 人間ドック、定期健診に含まれる胸部X線は会社健診で受診しなければいけない項目のため、胸部CTでの代用は不可となります。
- 人間ドックコースに乳房超音波またはマンモグラフィ（視触診のみを除く）、子宮頸部細胞診が含まれている健診機関があります。その場合、女性は人間ドック補助上限が下記のように上がります。
  - ①乳がん検査を含む場合：35,000円（人間ドック補助28,000円＋乳がん補助7,000円）
  - ②子宮がん検査を含む場合：32,000円（人間ドック補助28,000円＋子宮がん補助4,000円）
  - ③乳がん検査、子宮がん検査両方含まれている場合は39,000円（人間ドック補助28,000円＋乳がん補助7,000円＋子宮がん補助4,000円）となります。さらに、オプションの乳がん検査や子宮がん検査を追加したい場合、その追加分の費用は補助対象外で自己負担となります。  
※胃部検査なし人間ドックの場合は人間ドック補助20,000円に乳がん補助、子宮がん補助が上乘せされます。
- 健診コースにある検査項目の省略は、健診機関の都合を除き、原則できません。  
省略の必要がある場合は、必ず事前に株式会社バリューHR カスタマーサービス（TEL：0570-001-831）までご連絡ください。

**定期健診検査項目** ※健診機関により項目が異なる場合があります。（検査項目の詳細については、受診される各健診機関にお問い合わせください。）

問診・診察	既往歴、業務歴、自覚症状、他覚症状の有無、特定健診問診22項目（40歳以上）	血液検査	空腹時血糖 または 随時血糖	HDLコレステロール
身体測定	身長・体重・腹囲・BMI・血圧 視力（裸眼または矯正）		HbA1c	LDLコレステロール
循環器検査	心電図12誘導		AST（GOT）	クレアチニン・eGFR
聴力検査	オーディオ（1000・4000Hz左右）		ALT（GPT）	尿酸（UA）
胸部検査	胸部X線（CTでの代用はできません）		γ-GT（γ-GTP）	赤血球数（RBC）
尿検査	蛋白・尿糖		中性脂肪	血色素（ヘモグロビン）

海外健診用人間ドック、海外健診用定期健診は事業所担当から指定された項目が追加されることがあります。（費用は事業所負担）

## 人間ドック検査項目

※健診機関によって項目が異なる場合があります。(検査項目の詳細については、受診される各健診機関にお問い合わせください。)

問診	医師による問診・診察	聴力検査	オーディオ1000/4000Hz
身体測定	身長	呼吸機能検査	1秒率・%肺活量・%1秒量 (対標準1秒量)
	体重	胸部検査	胸部X線 (CTでの代用はできません)
	腹囲	消化器検査	胃部X線もしくは胃内視鏡
	BMI	腹部検査	超音波検査
	血圧	尿検査	蛋白・尿糖・潜血・ウロビリノーゲン PH・沈渣・比重
	視力 裸眼または矯正		
循環器検査	心電図(12誘導)・心拍数	便検査	便潜血(免疫学) 2回法
眼科	眼底・眼圧検査		

血液検査	空腹時血糖または随時血糖	アミラーゼ	赤血球数 (RBC)
	HbA1C	CK	血色素 (ヘモグロビン)
	総蛋白	LAP	ヘマトクリット
	アルブミン	中性脂肪	血小板 (PLT)
	A/G比	HDLコレステロール	MCV・MCH・MCHC
	LDH	LDLコレステロール	血清鉄・フェリチン
	GOT (AST)	Non-HDLコレステロール	白血球像・網状赤血球
	GPT (ALT)	総コレステロール	HBs抗原
	γ-GTP (γ-GT)	尿素窒素 (BUN)	HBs抗体
	ALP	クレアチニン・eGFR	HCV抗体
	CRP	尿酸 (UA)	梅毒検査
	総ビリルビン	Na・Cl・K	血液型検査 (ABO式及びRh式)
	コリンエステラーゼ	白血球数 (WBC)	

# 被扶養配偶者・任意継続被保険者健診の概要

## 人間ドック・脳ドック・乳がん検査・子宮がん検査の概要

対象者：被扶養配偶者・任意継続（被保険者/被扶養配偶者）

必ず受診前に「健診予約システム」へ予約情報の登録をお願いします。

### 健診コース

コースの種類		健保補助（上限）	自己負担（窓口精算）
人間ドック	胃X線または胃内視鏡コース	28,000円	健保補助超過分
	胃部検査なしコース	20,000円	
脳ドック（脳検査） （人間ドックオプションまたは単独受診）	脳MRIまたは脳MRAまたは 脳MRI+MRA	28,000円	
乳がん検査 （人間ドックオプションまたは単独受診）※1	乳房超音波またはマンモグラフィ または乳房超音波+マンモグラフィ	7,000円	
子宮がん検査 （人間ドックオプションまたは単独受診）※2	子宮頸部細胞診（医師採取のみ）	4,000円	

※1) 乳房超音波とマンモグラフィは両方受診の場合も上限7,000円まで補助対象です。

視触診は、各検査に含まれる場合は補助対象ですが、視触診のみの場合は補助対象外です。

※2) 子宮頸部細胞診は自己採取法は補助対象外です。また、経膈超音波、経腹超音波、子宮体部細胞診、HPVなども、子宮頸部細胞診と同時受診した場合に限り子宮がん検査の補助対象となります。

- 人間ドック、脳ドック（脳検査）（オプション又は単独）、乳がん検査（オプション又は単独）、子宮がん検査（オプション又は単独）は年度内に各1回補助適用で受診可能です。
- 人間ドックコースに乳房超音波またはマンモグラフィ（視触診のみを除く）、子宮頸部細胞診が含まれている健診機関があります。その場合、女性は人間ドック補助上限が下記のように上がります。
  - ①乳がん検査を含む場合：35,000円（人間ドック補助28,000円+乳がん補助7,000円）
  - ②子宮がん検査を含む場合：32,000円（人間ドック補助28,000円+子宮がん補助4,000円）
  - ③乳がん検査、子宮がん検査両方含まれている場合は39,000円（人間ドック補助28,000円+乳がん補助7,000円+子宮がん補助4,000円）となります。さらに、オプションの乳がん検査や子宮がん検査を追加したい場合、その追加分の費用は補助対象外で自己負担となります。
- ※胃部検査なし人間ドックの場合は人間ドック補助20,000円に乳がん補助、子宮がん補助が上乗せされます。
- 健診コースにある検査項目の省略は、健診機関の都合を除き、原則できません。  
省略の必要がある場合は、必ず事前に株式会社バリューHR カスタマーサービス（TEL：0570-001-831）までご連絡ください。

## 人間ドック検査項目

※健診機関によって項目が異なる場合があります。（検査項目の詳細については、受診される各健診機関にお問い合わせください。）

問診	医師による問診・診察	聴力検査	オーディオ1000/4000Hz
身体測定	身長	呼吸機能検査	1秒率・%肺活量・%1秒量（対標準1秒量）
	体重	胸部検査	胸部X線（CTでの代用はできません）
	腹囲	消化器検査	胃部X線もしくは胃内視鏡
	BMI	腹部検査	超音波検査
	血圧	尿検査	蛋白・尿糖・潜血・ウロビリノーゲン PH・沈渣・比重
	視力 裸眼または矯正		
循環器検査	心電図（12誘導）・心拍数	便検査	便潜血（免疫学）2回法
眼科	眼底・眼圧検査		

血液検査	空腹時血糖または随時血糖	アミラーゼ	赤血球数（RBC）
	HbA1C	CK	血色素（ヘモグロビン）
	総蛋白	LAP	ヘマトクリット
	アルブミン	中性脂肪	血小板（PLT）
	A/G比	HDLコレステロール	MCV・MCH・MCHC
	LDH	LDLコレステロール	血清鉄・フェリチン
	AST（GOT）	Non-HDLコレステロール	白血球像・網状赤血球
	ALT（GPT）	総コレステロール	HBs抗原
	γ-GTP（γ-GT）	尿素窒素（BUN）	HBs抗体
	ALP	クレアチニン・eGFR	HCV抗体
	CRP	尿酸（UA）	梅毒検査
	総ビリルビン	Na・Cl・K	血液型検査（ABO式及びRh式）
	コリンエステラーゼ	白血球数（WBC）	