

ヤマサ健康保険組合 特定健診等(被扶養者) 検査項目

一般財団法人 日本健康増進財団 恵比寿健診センター
TEL:03-5420-8015(平日9時～16時30分)

ご予約時は「ヤマサ健康保険組合加入」であることと、ご希望のコースをお申し付けください

対象者:30歳および35～39歳の被扶養配偶者、40歳以上の被扶養者(年齢は年度末3/31時点)

…オプションとして追加可能です(要事前申込)。ご希望の方は予約時にあわせてお申込みください。
(オプションを含め、最大25,000円まで組合補助利用可)

●:必須項目 ○:各コースに含まれる実施項目

		各コースの検査項目	特定健診	健康診断	ヤマサドック	セレクトドック
		検査料金	7,150	11,000	30,000	47,300
		組合負担金額	7,150	11,000	25,000	25,000
		自己負担金額	0	0	5,000	22,300
基本項目	診察	問診・診察	●	●	●	●
	身体計測	身長・体重・腹囲・BMI	●	●	●	●
		肥満度	-	-	○	○
		体脂肪率	-	-	-	○
		血圧測定	●	●	●	●
	生理学的検査	心電図	OP	○	○	○
		心拍数	-	-	-	○
		視力・聴力	OP	○	○	○
		眼底(両眼)・眼圧(両眼)	OP	OP	○	○
	画像診断	胸部X線(正面・側面2方向)	正面1方向 OP	○	○	○
		胃部X線 午前実施のみ ※1	OP	OP	○※1	○※1
		腹部超音波	OP	OP	○	○
	血液検査	GOT(AST)・GPT(ALT)・γ-GTP	●	●	●	●
		HDLコレステロール・LDLコレステロール・中性脂肪	●	●	●	●
		空腹時血糖・HbA1c	●	●	●	●
		総コレステロール	-	○	○	○
		Non-HDL	-	-	○	○
		赤血球・色素量・白血球・ヘマトクリット	-	○	○	○
		血小板・総蛋白・アルブミン・総ビリルビン・ALP・CRP	-	-	○	○
		尿酸(UA)・尿素窒素・クレアチニン・e-GFR	-	-	○	○
		A/G・LDH・LAP・コリンエステラーゼ・血液像	-	-	-	○
		RA・アミラーゼ・MCV・MCH・MCHC	-	-	-	○
		ナトリウム・カリウム・クロール・血液型(ABO・Rh)	-	-	-	○
		HBs抗原	HCV抗体とセット OP	HCV抗体とセット OP	HCV抗体とセット OP	○
	消化器	大腸がん検査(便潜血)2回法	OP	OP	○	○
	尿検査	尿糖・尿蛋白	●	●	●	●
		尿潜血・尿ウロビリノーゲン	OP	OP	○	○
	肺機能検査	追加沈査 □:蛋白/潜血で所見がある場合のみ実施	-	-	OP	□
		スパイロ	-	-	-	○
	動脈硬化度	CAVI	OP	OP	OP	○
各種オプション(OP)	心電図		1,650	-	-	-
	視力(遠方視力5m)		330	-	-	-
	聴力(オーディオ)		704	-	-	-
	眼底(両眼)		1,232	1,232	-	-
	眼圧(両眼)		1,100	1,100	-	-
	胸部X線(正面1方向)		1,650	-	-	-
	胃部X線	午前実施のみ	11,000	11,000	-	-
	胃管内視鏡	午前実施のみ ※1	16,500	16,500	5,500	5,500
	腹部超音波		4,950	4,950	-	-
	大腸がん検査(便潜血)2回法		2,750	2,750	-	-
	尿潜血		165	165	-	-
	尿ウロビリノーゲン		165	165	-	-
	尿沈査		-	-	550	550
	喀痰細胞診		-	-	-	3,520
	甲状腺(血液TSH+超音波)		-	-	-	4,400
	骨密度(超音波)		2,200	2,200	2,200	2,200
	血液検査	肝炎セット(HBs抗原+HCV抗体)	2,750	2,750	2,750	-
		HCV抗体	-	-	-	1,980
		梅毒検査	-	-	-	1,100
		胃がんリスク層別化検査(ABC法)	3,850	3,850	3,850	3,850
		腫瘍マーカーPSA(男性のみ)	2,200	2,200	2,200	2,200
		腫瘍マーカーAFP ※2	2,200	2,200	2,200	2,200
		腫瘍マーカーCEA ※2	2,200	2,200	2,200	2,200
		腫瘍マーカーCA19-9 ※2	2,200	2,200	2,200	2,200
		腫瘍マーカーCA125(女性のみ)	2,750	2,750	2,750	2,750
		NT-proBNP	2,750	2,750	2,750	2,750
		LOX-index	13,200	13,200	13,200	13,200
		アレギー検査(View39)	11,000	11,000	11,000	11,000
		アミノインデックス 午前実施のみ	28,600	28,600	28,600	28,600
	動脈硬化度	動脈硬化度検査(CAVI) *	2,750	2,750	2,750	-
		頸動脈超音波 *	-	-	-	3,850
		ABI *	-	-	-	1,100
		動脈硬化リスク分析表 ※3	-	-	-	3,300
	婦人科 曜日・時間の 制限あり	乳房X線(マンモグラフィ)	5,500	5,500	5,500	5,500
		乳腺超音波 ※4	4,400	4,400	4,400	4,400
		子宮頸部細胞診(医師採取法) ※4 ※5	5,500	5,500	5,500	5,500
		婦人科セット(子宮細胞診+乳腺超音波) ※4 ※5	8,800	8,800	8,800	8,800
補助対象外OP ※6	膀胱ドック(MRCP+腫瘍マーカー) 提携先機関にて後日受診		-	-	-	33,000
	フローラスキャン 検査容器は受診当日の受付時にご購入ください		15,400	15,400	15,400	15,400

単位:円(税込)

※1 各ドックに含む胃部X線は、胃管内視鏡検査へ変更可能です(変更差額として5,500円を加算いたします)。

※2 腫瘍マーカーAFP+CEA+CA19-9(3種セット)の場合、セット料金6,270円で実施いたします。

※3 セレクトドックをご予約の方が*印の検査全てを受診の場合、ご希望の方は3,300円で動脈硬化リスク分析表を発行可能です。

※4 子宮頸部細胞診(医師採取法)+乳腺超音波の場合、婦人科セット料金8,800円で実施いたします。

※5 子宮頸部細胞診(医師採取法)へHPV検査を追加の場合、5,500円を加算いたします。

※6 こちらの検査は、組合補助最大25,000円の対象外です。