令和６年度　健康診査一覧表

◆健診一覧

※対象年齢は年度末の年齢

区　分	健　診　種　別	男　性					女　性				
		被保険者（本人）			被扶養者（家族）		被保険者（本人）			被扶養者（家族）	
		34歳以下	35～39歳	40歳以上	35～39歳	40歳以上	34歳以下	35～39歳	40歳以上	35～39歳	40歳以上
東振協契約医療機関	一般＜A1・A2＞	●	●				●	●			
	生活習慣病＜B＞	●	●	●			●	●	●		
	婦人生活習慣病＜C1＞						●	●	●	●	●
	人間ドック＜D1＞		●	●				●	●		
	特定健診＜E＞			△		●			△		●
千代田健診センター	半日人間ドック		●	●	●	●		●	●	●	●
	一般＜A1相当＞	●	●				●	●			
	生活習慣病＜B相当＞	●	●	●			●	●	●		
	特定健診			△		●			△		●
補助金	日帰り人間ドック		●	●				●	●		
	健診（がん検診）費用	●	●	●			●	●	●		
	婦人生活習慣病健診費用						△	△	△	●	●

△は任意継続者のみ受診可能

◆実施時期・場所及び申込方法

健診種別	実施時期	実施場所	申込方法
一般（A1・A2） 生活習慣病	４月～２月 （会場別 11 月～２月）	・巡回健診（事業所内等） ・施設健診（東振協契約医療機関） ・会場別健診（公的施設等）	＜巡回・会場別＞ 事業所で取りまとめて申込 ＜施設＞ 個人で電話予約
婦人生活習慣病	春季：　４月～８月 秋季：10 月～２月	医療機関又は公的施設等	・事業所で取りまとめて申込 ・個人で東振協 HP から申込
人間ドック（D1）	４月～２月	医療機関（東振協契約）	個人で電話予約
半日人間ドック	４月～３月	千代田健診センター	個人で電話予約
日帰り人間ドック	４月～３月	医療機関（組合と直接契約）	個人で電話予約

◆健診費用及び健診内容・検査項目

健診種別 費用〈概算〉	事業主負担額 ［本人負担額］	健 診 内 容 ・ 検 査 項 目
一般（A1） ＜4,000 円＞	2,900 円	●事業主健診の検査項目から血液検査等を省略した簡易な健診です。 ①問診　②身体計測（身長・体重・BMI 指数・標準体重）③視力　④血圧　⑤聴力　⑥検尿（糖・蛋白・潜血・ウロビリノーゲン）⑦胸部Ｘ線
一般（A2） ＜9,000 円＞	6,900 円	●全項目が事業主健診の検査項目に相当する健診です。 ①問診　②身体計測（身長・体重・腹囲・BMI 指数・標準体重）③視力　④血圧　⑤聴力　⑥検尿（糖・蛋白・潜血）⑦胸部Ｘ線　⑧血液検査（空腹時血糖・HbA1c・HDL コレステロール・LDL コレステロール・中性脂肪・GOT・GPT・γ-GTP・赤血球数・ヘモグロビン）⑨心電図
生活習慣病 男性＜21,000 円＞ 女性＜24,000 円＞	6,900 円	●すべての年齢の被保険者が受診できる基本的な健診です。 ①問診　②身体計測（身長・体重・腹囲・BMI 指数・標準体重）③視力　④血圧　⑤聴力　⑥検尿（糖・蛋白・潜血）⑦胸部Ｘ線　⑧血液検査（空腹時血糖・HbA1c・クレアチニン・eGFR・総コレステロール・HDL コレステロール・LDL コレステロール・中性脂肪・GOT・GPT・γ-GTP・ALP・尿酸・白血球数・赤血球数・ヘモグロビン・ヘマトクリット・MCV・MCH・MCHC・血小板数）⑨胃部Ｘ線　⑩便潜血反応　⑪心電図　⑫子宮細胞診（採取法は医療機関で異なります）
婦人生活習慣病 ＜21,000 円＞	一般被保険者 6,900 円 任継被保険者 又は被扶養者 ［4,400 円］	●生活習慣病健診の検査項目に、婦人科項目(乳房・子宮)をプラスした健診です。 ①問診　②身体計測（身長・体重・腹囲・BMI 指数・標準体重）③視力　④血圧　⑤聴力　⑥検尿（糖・蛋白・潜血）⑦胸部Ｘ線　⑧血液検査（空腹時血糖・HbA1c・クレアチニン・eGFR・総コレステロール・HDL コレステロール・LDL コレステロール・中性脂肪・GOT・GPT・γ-GTP・ALP・尿酸・白血球数・赤血球数・ヘモグロビン・ヘマトクリット・MCV・MCH・MCHC・血小板数）⑨胃部Ｘ線　⑩便潜血反応　⑪心電図　⑫子宮細胞診（医師又は自己採取法）⑬乳房診（超音波又はマンモ）⑭眼底検査（医師が必要と認めた場合のみ）
半日人間ドック ＜40,000 円＞	一般被保険者 6,900 円 ［4,100 円］ 任継被保険者 又は被扶養者 ［11,000 円］	●基本的な健診の項目に、より詳細な検査を追加した健診です。 【千代田健診センター】 ①問診　②身体計測（身長・体重・腹囲・BMI 指数・標準体重）③視力　④血圧　⑤聴力　⑥検尿（糖・蛋白・沈渣・PH・ウロビリノーゲン）⑦胸部Ｘ線　⑧肺機能　⑨血液検査（空腹時血糖・HbA1c・クレアチニン・eGFR・HDL コレステロール・LDL コレステロール・中性脂肪・non HDL-コレステロール・GOT・GPT・γ-GTP・総蛋白・アルブミン・HBs 抗原・HCV 抗体・尿酸・白血球数・赤血球数・ヘモグロビン・血小板数・CRP）⑩胃部検査　⑪便潜血反応　⑫心電図　⑬眼底検査　⑭腹部超音波検査　⑮血液型検査（初回受診時のみ） 【契約医療機関】 検査項目は、各契約医療機関へ直接お尋ねください。
人間ドック（D1） ＜38,830 円＞ 日帰り人間ドック ＜各契約料金＞	［健診料金から 20,000 円 を差し引いた額］	