（2025年度）旭化成健康保険組合 家族健診 検査項目及び料金表

◆補助金申請不要

※赤字の項目は2024年度から追加

実施検査項目		家族健診（A）	家族健診（B）
診察	問診	○	○
	聴打診	○	○
身体測定	身長 ／ 体重	○	○
	腹囲	○	○
	BMI	○	○
体脂肪量測定	標準体重	○	○
	肥満度	○	○
	体脂肪率 ／ 体脂肪量	○	○
	除脂肪量	○	○
	ｲﾝﾋﾟｰﾀﾞﾝｽ	○	○
血圧測定	血圧	○	○
視力検査	裸眼 / 矯正	○	○
眼底検査	両眼	○	○
聴力検査		○	○
心電図	安静時	○	○
胸部X線検査	直接	○	○
便潜血検査	免疫学的反応検査（2日法）	○	○
尿検査	PH	○	○
	糖（空腹時）	○	○
	蛋白	○	○
	ウロビリノーゲン	○	○
	潜血	○	○
	比重	○	○
血液一般	白血球数	○	○
	赤血球数	○	○
	Hb（ヘモグロビン）	○	○
	Ht（ヘマトクリット）	○	○
	血小板	○	○
	MCV	○	○
	MCH	○	○
	MCHC	○	○
糖代謝	血糖（空腹時）	○	○
	HbA1c	○	○
肝機能	AST(GOT)	○	○
	ALT(GPT)	○	○
	γ-GTP	○	○
	ALP	○	○
脂質	総コレステロール	○	○
	中性脂肪（空腹時）	○	○
	HDL-コレステロール	○	○
	LDL-コレステロール	○	○
	動脈硬化指数	○	○
	Non-HDLコレステロール	○	○
腎機能	CRE（クレアチニン）	○	○
	e-GFR	○	○
痛風	UA（尿酸）	○	○
胃部X線検査	バリウム検査	―	○
健診料金（税込み）		¥15,000	¥28,860

料金(税込み)

子宮がん検診	頚部細胞診・内診	¥4,400
	頚部細胞診・内診・HPV(ﾋﾄﾊﾟﾋﾟﾛｰﾏｳｲﾙｽ感染)	¥9,900
乳がん検診	乳房超音波	¥4,400
	マンモグラフィー(1方向)	¥4,400
	マンモグラフィー(2方向)	¥6,600
腹部超音波検査	肝臓・腎臓・膵臓・胆のう	¥5,500
胃カメラ検査(差額料金)	胃カメラ検査へ変更・・・家族健診(B)の方	¥4,400

医療法人社団 富士健診センター

医療法人社団富士健診センター

人間ドック検査項目　　料金：４２，９００円(税込)

※補助金申請不要

項目			
身体計測	問診・聴打診	○	
	Ｄｒ ｶｳﾝｾﾘﾝｸﾞ＆指導	○	
	身体計測	○	
	体脂肪率 ・体脂肪量測定	○	
	腹囲	○	
生理	血圧測定	○	
	肺機能検査	○	
	眼底検査 （両目）	○	
	眼圧検査 （両目）	○	
	視力検査	○	
	色覚検査 ※初回のみ	○	
聴力	ｵｰｼﾞｵ （1000HZ/4000HZ）	○	
X線	胸部X線（直接） １Ｒ	○	
	胃部X線（直接）	○	
	心電図（安静時）	○	
	超音波腹部検査	○	
尿	Ｐ Ｈ	○	
	糖 （空腹時）	○	
	蛋白	○	
	ウロビリノーゲン	○	
	潜 血	○	
	比 重	○	
便	潜 血 （２日法）	○	
糖代謝	血 糖 （空腹時）	○	
	HbA1c	○	

項目			
肝・胆道系	Ａ Ｓ Ｔ (GOT)	○	
	Ａ Ｌ Ｔ (GPT)	○	
	Ｌ Ｄ Ｈ	○	
	コリンーE (ChE)	○	
	アルカリーP (ALP)	○	
	γーGTP (γ-GT)	○	
	総ビリルビン	○	
	総 蛋 白 (TP)	○	
	アルブミン	○	
	A/G比	○	
	Ｌ Ａ Ｐ	○	
脂質	総コレステロール	○	
	中性脂肪 (TG)	○	
	HDLーコレステロール	○	
	LDLーコレステロール	○	
	動脈硬化指数	○	
	Non-HDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ	○	
腎機能	尿素窒素 (BUN)	○	
	クレアチニン	○	
	e - ＧＦＲ	○	
痛風	尿 酸 (UA)	○	
膵機能	血清アミラーゼ	○	
電解質	Ｎａ・Ｋ・ＣＩ	○	
炎症	Ｃ Ｒ Ｐ （定量）	○	
リウマチ	Ｒ Ｆ	○	
梅毒	Ｒ Ｐ Ｒ	○	
	Ｔ Ｐ Ａ b	○	
腫瘍マーカー	Ｃ Ｅ Ａ	○	
肝炎	ＨＢｓ抗原 (精密)	○	

項目				
血液算定検査	血液型 ※初回のみ	ＡＢＯ式 (オモテのみ)	○	
		Ｒｈ式	○	
	白血球数 (WBC)		○	
	赤血球数 (RBC)		○	
	ヘモグロビン (Hb)		○	
	ヘマトクリット (Ht)		○	
	血小板数 (PLT)		○	
	ＭＣＶ		○	
	ＭＣＨ		○	
	ＭＣＨＣ		○	
	末梢血液像		○	

※胃カメラ検査へ変更の場合は別途差額料金が発生します。４，４００円(税込)

※肺機能検査・・・感染症対策に基づく場合は中止とします。

富士健診センター　受診連絡票

FAX（0545)―64―8255

旭化成健康保険組合

※価格はすべて税込です

ご主人の氏名			
職場名			
職場の電話番号			
受診者の氏名 （保険証記載の通り記入）	（フリガナ）	健康保険被保険者証　記号　番号 記号　　番号	
受診者の生年月日（西暦）			
受診者の連絡先　住所	〒		
受診者の連絡先　電話番号			
希望コースに〇をつける	（　　）家族健診（A）15，000円（　　）家族健診（B）28，860円		
オプション項目 ＊希望があれば〇を記入 （詳細は検査項目・料金で確認）	（　　）①乳がん検診エコー（4，400円）		
	（　　）②乳がん検診ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨｰ（1方向）（4，400円）		
	（　　）③乳がん検診ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨｰ（2方向）（6，600円）		
	（　　）④子宮がん頸部細胞診・内診（4，400円）		
	（　　）⑤子宮がん頸部細胞診・内診・HPV検査（9，900円）		
	（　　）⑥腹部超音波（5，500円）		
	（　　）⑦胃カメラ　家族健診（B）コースの方のみ（4，400円）		
受診希望日 （第4希望まで記入）	①　　月　　日	②　　月　　日	③　　月　　日　④　　月　　日
連絡事項 （希望等があれば記入）			

※人間ドック42,900円（税込）をご希望の場合は、ご相談ください。

受診可能日　＊子宮がん検診は木曜日のみ実施できません

家族健診（A）　午後（　月曜日～金曜日　）

家族健診（B）　午前（　月曜日～土曜日　）

※ 健保健診料補助上限額（家族15,000円、任意継続被保険者本人25,000円）までは、健診当日窓口支払いはありません。補助上限額をこえた金額分は当日自己支払。
実費相当額（上限家族：15,000円、任継本人25,000円）を差し引き補助支給としますので富士健診センター料金分は補助金申請不要。

※人間ドックも補助金申請不要