

(2024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	○	○
	インピーダンス	○	○
血 圧 測 定	血压	○	○
視 力 検 査	裸眼 / 矯正	○	○
眼 底 検 査	両眼	○	○
聴 力 検 査	1000Hz / 4000Hz	○	○
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	頸部細胞診・内診	¥4,400
	頸部細胞診・内診・HPV(ヒトパピ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

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			項 目			項 目			
身体計測	問診・聴打診	○	肝・胆道系	A S T (GOT)	○	血液型 ※初回のみ	A B O式 (オモテのみ)	○	
	Dr カウンセリング&指導	○		A L T (GPT)	○		R h式	○	
	身体計測	○		L D H	○		白血球数 (WBC)	○	
	体脂肪率・体脂肪量測定	○		コリン-E (ChE)	○		赤血球数 (RBC)	○	
	腹囲	○		アルカリ-P (ALP)	○		ヘモグロビン (Hb)	○	
生理	血圧測定	○		γ-GTP (γ-GT)	○		血液算定検査	ヘマトクリット (Ht)	○
	肺機能検査	○		総ビリルビン	○			血小板数 (PLT)	○
	眼底検査 (両目)	○		総蛋白 (TP)	○			M C V	○
	眼圧検査 (両目)	○		アルブミン	○			M C H	○
	視力検査	○		A/G比	○			M C H C	○
	色覚検査 ※初回のみ	○	L A P	○	末梢血液像	○			
聴力	オーディオ (1000HZ/4000HZ)	○							
X線	胸部X線 (直接) 1 R	○	脂質	総コレステロール	○				
	胃部X線 (直接)	○		中性脂肪 (TG)	○				
		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	○						
	心電図 (安静時)	○	腎機能	尿素窒素 (BUN)	○				
				クレアチニン	○				
	超音波腹部検査	○		e - G F R	○				
尿	P H	○	痛風 尿酸	尿酸 (UA)	○				
	糖 (空腹時)	○		藤機能 電解質	血清アミラーゼ	○			
	蛋白	○			N a・K・C l	○			
	ウロビリノーゲン	○							
	潜血	○	炎症	C R P (定量)	○				
	比重	○	リウマチ	R F	○				
			梅毒	R P R	○				
		T P A b		○					
便	潜血 (2日法)	○	腫瘍 マーカー	C E A	○				
糖代謝	血糖 (空腹時)	○	肝炎	H B s 抗原 (精密)	○				
	HbA1c	○							

※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。

※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	〒			
	電話番号				
希望コースに○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○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乳がん検診マンモグラフィ(1方向) (4,400円)			
		( ) ③乳がん検診マンモグラフィ(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