

一般健診・生活習慣病健診・特定健診 実施要領

- 1 実施時期 令和元年 9月～11月
- 2 対象者

①一般健診	34歳以下及び36～39歳の被保険者
②生活習慣病健診	35歳の被保険者
③特定健診	40歳以上の被保険者

(年齢は令和2年3月末時点)

〔注意〕 令和元年度中に人間ドックを受診（受診予定）の方は除く。
- 3 健診場所 健診車による巡回健診（従来どおり委託健診機関と調整）
集合健診 神戸貿易協会会議室 9月24日（火）～26日（木）
- 4 内 容
 - ①一般健診

第一次	胸部X線直接撮影、身長・体重計測、視力検査、聴力検査（1000・4000ヘルツ）検尿（糖、蛋白）、血圧測定
第二次	第一次検査の結果により実施 血圧測定の結果、再度検査を要する方は心電図検査 検尿検査の結果、再度検査を要する方は血液検査
 - ②生活習慣病健診
 - ③特定健診

} 一般健診の検査項目に、腹囲測定、心電図検査、血液検査を追加
- 5 委託健診機関 (一社) 日本健康倶楽部兵庫支部
- 6 費用 以上については、当健康保険組合が全額負担します。
- 7 オプション血液検査 健診時に自己負担による血液検査等のオプション検査を実施します。申込書等詳細は「健康診断受診票」送付時にご案内いたします。
- 8 その他 後日送付する「健康診断受診票」の質問事項をあらかじめ記入のうえ、健診当日に持参してください。健康診断の結果については、「健康診断個人通知票」（単票）によりお知らせいたします。
- 9 留意事項 事業主健診においては、労働安全衛生規則第44条第2項により厚生労働省告示に基づく、血糖検査、貧血検査等を省略する場合の判断は、一律な省略ではなく、経時的な変化や自他覚症状を勘案するなどにより、個々の労働者ごとに医師が省略可能であると認める場合においてのみ可能です。

一般健診・生活習慣病健診・特定健診 補助金支給要領

- 1 支給対象 当健康保険組合が実施する一般健診・生活習慣病健診並びに特定健診を住所地の関係等で受けることができない被保険者。
- 2 補助金の額 当健康保険組合が委託している健診機関の料金を基準として、現に要した費用の額。(別添「健診等種別・実施内容一覧表」を参照)
- 3 請求の方法 「健診補助金請求書」を記入のうえ、領収書及び健診結果(写)、特定健診質問票(対象者)を添付して請求する。
- 4 請求の期限 令和2年3月13日(金)
- 5 その他 一般健診等は当健康保険組合が実施している9月～11月に受診し、補助金は速やかに請求してください。

大腸がん検診実施要領

40歳以上の被保険者および被扶養者を対象として、

I・IIいずれか希望の方法により実施します。

I 一般健診等健診時・日本健康倶楽部にて実施

- | | | |
|----|---------|--|
| 1 | 検診対象者 | 40歳以上の <u>被保険者</u> （令和2年3月末での年齢） |
| 2 | 検査方法 | 便潜血検査 2日法 |
| 3 | 検診費用 | 自己負担金 500円 |
| 4 | 申込方法 | 一般健診等受診申込書、大腸がん検診申込書（日本健康倶楽部）に記入し、自己負担金を添えて当健康保険組合までお申込ください。 |
| 5 | 申込締切日 | 令和元年7月5日（金） |
| 6 | 検査器具の送付 | 事業所宛に各個人の受診票送付時に検査器具が同封されます。 |
| 7 | 検体提出日 | 健診実施日に健診会場までご持参ください。 |
| 8 | 結果のお知らせ | 一般健診等結果と同時にお知らせします。 |
| 9 | 検診機関 | （一社）日本健康倶楽部兵庫支部 |
| 10 | 注意事項 | 申込後は自己負担金の返却はできませんので、必ず検体を健診当日にご持参ください。 |

II 郵送・メスブ細胞検査研究所にて実施

- | | | |
|----|---------|--|
| 1 | 検診対象者 | 40歳以上の <u>被保険者および被扶養者</u> （令和2年3月末での年齢） |
| 2 | 検査方法 | 便潜血検査 2日法 |
| 3 | 検診費用 | 自己負担金 500円 |
| 4 | 申込方法 | パンフレット（郵送がん検診のご案内）内の申込書を記入し、自己負担金を添えて当健康保険組合までお申込ください。 |
| 5 | 申込締切日 | 令和元年7月31日（水） |
| 6 | 検査器具の送付 | 申込書の住所宛に検査器具が郵送されます。 |
| 7 | 検体提出日 | 便を採取し郵送にて返送してください。 |
| 8 | 結果のお知らせ | 申込書の住所宛に郵送にて結果をお知らせします。 |
| 9 | 検診機関 | メスブ細胞検査研究所 |
| 10 | 注意事項 | 申込後は自己負担金の返却はできませんので、必ず検体を郵送にてご返送ください。 |

※がん検診における自己負担金は申込書とともに持参いただくか、下記口座に振込いただきますようお願いいたします。

振込先銀行 三井住友銀行 神戸営業部

振込先口座 普通預金 2573403 神戸貿易健康保険組合

子宮頸がん検診実施要領

女性の被保険者および被扶養者を対象として、
Ⅰ・Ⅱいずれか希望の方法により実施します。

Ⅰ 一般健診等健診時・日本健康倶楽部にて実施

- | | | |
|----|---------|---|
| 1 | 検診対象者 | 20歳以上の被保険者（令和2年3月末での年齢） |
| 2 | 検査方法 | 細胞採取法 |
| 3 | 検診費用 | 自己負担金 1,000円 |
| 4 | 申込方法 | 一般健診等受診申込書、子宮頸がん検診申込書（日本健康倶楽部）に記入し、自己負担金を添えて当健康保険組合までお申込ください。 |
| 5 | 申込締切日 | 令和元年7月5日（金） |
| 6 | 検査器具の送付 | 事業所宛に各個人の受診票送付時に検査器具が同封されます。 |
| 7 | 検体提出日 | 健診実施日に健診会場までご持参ください。 |
| 8 | 結果のお知らせ | 一般健診等結果と同時にお知らせします。 |
| 9 | 検診機関 | （一社）日本健康倶楽部兵庫支部 |
| 10 | 注意事項 | 申込後は自己負担金の返却はできませんので、必ず検体を健診当日にご持参ください。 |

Ⅱ 郵送・メスブ細胞検査研究所にて実施

- | | | |
|----|---------|--|
| 1 | 検診対象者 | 20歳以上の被保険者および被扶養者（令和2年3月末での年齢） |
| 2 | 検査方法 | 細胞採取法 |
| 3 | 検診費用 | 自己負担金 1,000円 |
| 4 | 申込方法 | パンフレット（郵送がん検診のご案内）内の申込書を記入し、自己負担金を添えて当健康保険組合までお申込ください。 |
| 5 | 申込締切日 | 令和元年7月31日（水） |
| 6 | 検査器具の送付 | 申込書の住所宛に検査器具が郵送されます。 |
| 7 | 検体提出日 | 細胞を採取し郵送にて返送してください。 |
| 8 | 結果のお知らせ | 申込書の住所宛に郵送にて結果をお知らせします。 |
| 9 | 検診機関 | メスブ細胞検査研究所 |
| 10 | 注意事項 | 申込後は自己負担金の返却はできませんので、必ず検体を郵送にてご返送ください。 |

※がん検診における自己負担金は申込書とともに持参いただくか、下記口座に振込いただきますようお願いいたします。

振込先銀行 三井住友銀行 神戸営業部

振込先口座 普通預金 2573403 神戸貿易健康保険組合

歯周病リスク検診実施要領

40歳以上の被保険者および被扶養者を対象として、
I・IIいずれか希望の方法により実施します。

I 一般健診等健診時・日本健康倶楽部にて実施

- | | | |
|----|---------|--|
| 1 | 検診対象者 | 40歳以上の <u>被保険者</u> （令和2年3月末での年齢） |
| 2 | 検査方法 | 唾液検査 |
| 3 | 検診費用 | 自己負担金 1,000円 |
| 4 | 申込方法 | 一般健診等受診申込書、歯周病リスク検診申込書（日本健康倶楽部）に記入し、自己負担金を添えて当健康保険組合までお申送ください。 |
| 5 | 申込締切日 | 令和元年7月5日（金） |
| 6 | 検査器具の送付 | 事業所宛に各個人の受診票送付時に検査器具が同封されます。 |
| 7 | 検体提出日 | 健診実施日に健診会場までご持参ください。 |
| 8 | 結果のお知らせ | 一般健診等結果と同時にお知らせします。 |
| 9 | 検診機関 | （一社）日本健康倶楽部兵庫支部 |
| 10 | 注意事項 | 申込後は自己負担金の返却はできませんので、必ず検体を健診当日にご持参ください。 |

II 郵送・メスブ細胞検査研究所にて実施

- | | | |
|----|---------|--|
| 1 | 検診対象者 | 40歳以上の <u>被保険者および被扶養者</u> （令和2年3月末での年齢） |
| 2 | 検査方法 | 唾液検査 |
| 3 | 検診費用 | 自己負担金 1,000円 |
| 4 | 申込方法 | パンフレット（郵送がん検診のご案内）内の申込書を記入し、自己負担金を添えて当健康保険組合までお申送ください。 |
| 5 | 申込締切日 | 令和元年7月31日（水） |
| 6 | 検査器具の送付 | 申込書の住所宛に検査器具が郵送されます。 |
| 7 | 検体提出日 | 唾液を採取し郵送にて返送してください。 |
| 8 | 結果のお知らせ | 申込書の住所宛に郵送にて結果をお知らせします。 |
| 9 | 検診機関 | メスブ細胞検査研究所 |
| 10 | 注意事項 | 申込後は自己負担金の返却はできませんので、必ず検体を郵送にてご返送ください。 |

※がん検診等における自己負担金は申込書とともに持参いただくか、下記口座に振込いただきますようお願いいたします。

振込先銀行 三井住友銀行 神戸営業部

振込先口座 普通預金 2573403 神戸貿易健康保険組合

ピロリ菌検査実施要領

40歳以上の被保険者および被扶養者を対象として、

I・IIいずれか希望の方法により実施します。

I 一般健診等健診時・日本健康倶楽部にて実施

- | | | |
|----|---------|--|
| 1 | 検診対象者 | 40歳以上の <u>被保険者</u> （令和2年3月末での年齢） |
| 2 | 検査方法 | 便検査又は血液検査 |
| 3 | 検診費用 | 自己負担金 1,000円 |
| 4 | 申込方法 | 一般健診等受診申込書、ピロリ菌検査申込書（日本健康倶楽部）に記入し、自己負担金を添えて当健康保険組合までお申込ください。 |
| 5 | 申込締切日 | 令和元年7月5日（金） |
| 6 | 検査器具の送付 | 便検査のみ、事業所宛に各個人の受診票送付時に検査器具が同封されます。 |
| 7 | 検体提出日 | 便検査のみ、健診実施日に健診会場までご持参ください。 |
| 8 | 結果のお知らせ | 一般健診等結果と同時にお知らせします。 |
| 9 | 検診機関 | （一社）日本健康倶楽部兵庫支部 |
| 10 | 注意事項 | 申込後は自己負担金の返却はできませんので、便検査の場合は必ず検体を健診当日にご持参ください。 |

II 郵送・メスブ細胞検査研究所にて実施

- | | | |
|----|---------|--|
| 1 | 検診対象者 | 40歳以上の <u>被保険者および被扶養者</u> （令和2年3月末での年齢） |
| 2 | 検査方法 | 便検査 |
| 3 | 検診費用 | 自己負担金 1,000円 |
| 4 | 申込方法 | パンフレット（郵送がん検診のご案内）内の申込書を記入し、自己負担金を添えて当健康保険組合までお申込ください。 |
| 5 | 申込締切日 | 令和元年7月31日（水） |
| 6 | 検査器具の送付 | 申込書の住所宛に検査器具が郵送されます。 |
| 7 | 検体提出日 | 便を採取し郵送にて返送してください。 |
| 8 | 結果のお知らせ | 申込書の住所宛に郵送にて結果をお知らせします。 |
| 9 | 検診機関 | メスブ細胞検査研究所 |
| 10 | 注意事項 | 申込後は自己負担金の返却はできませんので、必ず検体を郵送にてご返送ください。
なお、郵送ピロリ菌検査は検査の精度上7～9月は実施しておりませんので、 <u>検体の返送は6月末まで、もしくは10月以降でお願いします。</u> |

※がん検診等における自己負担金は申込書とともに持参いただくか、下記口座に振込いただきますようお願いいたします。

振込先銀行 三井住友銀行 神戸営業部

振込先口座 普通預金 2573403 神戸貿易健康保険組合