

令和 5 年度疾病予防委託要綱

第 1 趣 旨

組合は、被保険者及びその被扶養者の疾病予防を図る為、この要綱によって健康診断（特定健康診査を含む）、胃癌検診、子宮癌検診、乳癌検診、前立腺癌検診、インフルエンザ・ワクチン接種、ツベルクリン反応検査（以下「検査等」という。）を実施するものとする。

第 2 検査等の対象者

実施日当日に当組合の資格があり、尚且つ以下の条件に該当する者。

- | | | | |
|---|--------|---------------|--|
| 1 | 健康診断 | | |
| | 被保険者 | 全 員 | |
| | 被扶養者 | 今年度 18 歳以上の者 | |
| 2 | 胃癌検診 | | |
| | 被保険者 | 今年度 25 歳以上の者 | |
| | 被扶養者 | 今年度 25 歳以上の者 | |
| 3 | 子宮癌検診 | | |
| | 被保険者 | 今年度 20 歳以上の女性 | |
| | 被扶養者 | 今年度 20 歳以上の女性 | |
| 4 | 乳癌検診 | | |
| | 被保険者 | 今年度 25 歳以上の者 | |
| | 被扶養者 | 今年度 25 歳以上の者 | |
| 5 | 前立腺癌検診 | | |
| | 被保険者 | 今年度 50 歳以上の男性 | |
| | 被扶養者 | 今年度 50 歳以上の男性 | |

6 インフルエンザ・ワクチン接種

被保険者 全 員

被扶養者 全 員

7 ツベルクリン反応検査

被保険者 全 員

被扶養者 今年度18歳以上の者

第3 検査等の実施期間

検査等は、令和5年4月1日から令和6年3月31日まで
に実施するものとする。

第4 検査等の項目

1 健康診断の項目は次のとおりとする。

必 須 項 目（特定健康診査共通）

身体計測：問診票（質問票）・身長・体重・BMI・
腹囲・身体診察

血 圧：収縮期血圧・拡張期血圧

生化学検査：LDL-コレステロール・HDL-コレ
ステロール・中性脂肪・AST（GOT）・ALT（GPT）・ γ -GTP

ただし、中性脂肪が400mg/dl以上もしくは食後採血の場合はLDL-
コレステロールの代わりにNon-HDLコレステロールでも可とする。

血糖検査：空腹時血糖またはヘモグロビンA1c
ただし、やむを得ず空腹時以外においてヘモグロビンA1cを測定しない場合、
かつ食直後（食事開始時から3.5時間未満）を除いた場合、随時血糖による
血糖検査でも可とする。

尿 検 査：尿糖・尿蛋白

選 択 項 目

血液学検査：白血球数・赤血球数・血色素量（ヘモグロビン値）・ヘマトクリット値

心電図検査：心電図 1 2 誘導

眼底検査：精密眼底検査

血清クレアチニン検査：クレアチニン検査

免疫学検査：H B s 抗原・H B s 抗体
H C V 抗体価精密測定

胸部X線検査：胸部レントゲン単純撮影 大角 1 枚

尿酸：尿酸値（U A）

超音波検査：腹部超音波断層撮影法

糞便検査：便潜血

2 胃癌検診の項目は次のとおりとする。

胃部X線検査（胃部レントゲン造影剤使用透視撮影
四ッ切 8 枚）または胃部内視鏡撮影

3 子宮癌検診の項目は次のとおりとする。

子宮頸部細胞診検査（陰脂膏顕微鏡検査）
またはコルポスコーピー

4 乳癌検診の項目は次のとおりとする。

マンモグラフィまたは乳房超音波

5 前立腺癌検診の項目は次のとおりとする。

P S A 精密測定

第5 検査等の助成金額

検査等の費用は年度内1回(インフルエンザ・ワクチン接種については年度内2回)とし、次に掲げる金額を限度に組合が助成するものとする。

ただし、健康保険(治療等)で実施した検査は対象外とする。

また、検査毎に実費額が組合の定める限度額を下回る場合は、その実費額を組合が助成するものとする。

健康診断	21,000円(全項目を実施した場合)
必須項目検査費用(特定健康診査共通)	7,300円
選択項目検査費用内訳	
血液学検査を実施した場合	250円
心電図検査を実施した場合	1,450円
眼底検査を実施した場合	1,220円
血清クレアチニン検査を実施した場合	120円
H B s 抗原検査を実施した場合	320円
H B s 抗体検査を実施した場合	350円
H C V 抗体価精密測定を実施した場合	1,300円
胸部X線検査を実施した場合	1,800円
尿酸値検査を実施した場合	120円
超音波検査を実施した場合	5,800円
糞便検査を実施した場合	970円
胃癌検診	11,000円
子宮癌検診	5,500円
乳癌検診(※併せて視触診を行った場合も同様とする)	6,600円
前立腺癌検診	3,300円
インフルエンザ・ワクチン接種	1回2,200円 ※ 年度内2回まで
ツベルクリン反応検査	780円

第 6 検査等の実施医療機関

検査等は組合が委託した医療機関（以下、「委託医療機関」という）において実施するものとする。ただし、何らかの理由により委託医療機関で受けられない場合は、組合の承認を得るものとする。

第 7 検査等の申し込み

事業主または個人は、実施医療機関に予約を取り、第 9 に規定する必要書類に必要事項を記入したうえで、実施医療機関へ提出して受診するものとする。

第 8 補助金の申請方法

月単位ごとに必要書類を整理し記入したうえで、原則として実施した月の翌月末日迄に、組合へ提出するものとする。ただし、実施後 2 ヶ月を過ぎた場合は、遅延理由書を添付するものとする。また、令和 6 年 3 月中に実施した検査等については、令和 6 年 4 月 5 日までに組合へ提出するものとする。

必要書類

- ① 各種補助金交付申請書（様式第 1 号）
- ② 領収書等（写） ※全額立て替え払いの場合のみ
- ③ 個人別健康診断結果報告書（健康診断）
- ④ 健康診断質問票（健康診断）

第 8 の 2 電磁的記録による申請

100 名以上の申請については電磁的記録（当組合指定の CSV データ）にて提出するものとする。

この場合第 8 の必要書類のうち③④の提出を要しない。

第 9 検査等の助成金の交付

組合は第 8 により提出された書類の内容を審査し、検査等の助成金を原則として事業主または実施医療機関に交付、通知（様式第 2 号）するものとする。

第 8 の 2 の電磁的記録による申請について、組合は申請人数を問わず健康診断（癌検診等除く）につき 1 人当たり 50 円のデータ作成料を交付するものとする。

第 1 0 その他

- 1 健康診断・各種癌検診の結果、異常と診断された者については、適切な指導または治療を受け、発症の予防に努めるものとする。

- 2 事業主は検査等が組合の助成金により実施するものであることを、被保険者及びその被扶養者に周知させるとともに、下記のことについて整備しておくものとする。

記

交付された検査等の費用の収支に関する出納帳

- 3 組合が必要があると認めるときには、事業主から報告を求め、また調査することができるものとする。