

令和7年度 疾病予防要綱

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ため、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。

第2 検査等の対象者

実施日に当組合の資格があり、か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7年4月1日から令和8年3月31日までに実施する。

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（特定健康診査項目）

【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・

空腹時中性脂肪*1・AST（GOT）・ALT（GPT）・γ-GTP

*1ただし、やむを得ず空腹時以外に採血を行う場合は、随時中性脂肪による血中脂質検査でも可とする。

なお、空腹時とは絶食後10時間以上とする。

※空腹時中性脂肪または随時中性脂肪が400mg/dl以上また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採血を行い、ヘモグロビンA1cを測定しない場合は、食直後（食事開始時から3.5時間未満）を除き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（膺脂膏顕微鏡検査） または コルポスコピー

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

組合は、検査等の費用を次に掲げる金額を限度に年度内1回まで助成する。

※インフルエンザ・ワクチン接種は年度内2回まで。

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、検査ごとの実費額が組合の定める限度額を下回る場合は、その実費額を助成する。

1 健康診断

必須項目検査費用（特定健康診査項目）	7,300円
＊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

※「＊」は選択項目。

選択項目のみの助成は行わない。選択項目は、必須項目を実施した同一医療機関において同一日に実施することを助成の条件とする。

2 胃癌検診	11,000円
3 子宮癌検診	5,500円
4 乳癌検診	6,600円

5	前立腺癌検診	3,300円
6	インフルエンザ・ワクチン接種	2,200円
7	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。

第7 検査等の申し込み

検査等の申し込みは、事業主または個人が直接、委託医療機関へ申し込みを行い第8に規定する必要書類を委託医療機関へ提出し受診する。

第8 補助金の申請方法と提出期限

月単位ごとに必要書類を整理し、原則として実施した月の翌月末までに、当組合指定の様式を用いて組合へ提出する。また、令和7年度中に実施した検査等の補助金申請は、令和8年4月6日を最終提出期限とする。

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 - 1 個人別健康診断結果報告書(健康診断)及び健康診断質問票
- ③ - 2 癌検診実施結果報告書（各種癌検診）
- ③ - 3 インフルエンザ・ワクチン接種実施結果報告書
- ③ - 4 ツベルクリン反応検査実施結果報告書

第 8 の 2 電磁的記録（当組合指定のCSVデータ）による申請

健康診断と各種癌検診及びインフルエンザ・ワクチン接種の補助金申請について、対象者が30名以上（各種癌検診等は、申請件数分が30件以上）となるときは、電磁的記録（当組合指定のCSVデータ）にて提出する。この場合、第8に規定する必要書類のうち③-1、③-2、③-3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及び第8の2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委託医療機関に交付し通知(様式第2号)する。また、第8の2により提出された申請は、申請人数を問わず健康診断（各種癌検診等を除く）に限り1人当たり50円のデータ作成料を交付する。

第 1 0 その他

- 1 健康診断や各種癌検診の結果、異常ありと診断された者は、適切な指導や治療を受け、発症の予防に努めることとする。
- 2 事業主等は、この要綱を被保険者及びその被扶養者に周知するとともに、交付された助成金の収支がわかる書類等を整備しておく。
- 3 組合は、必要があると認めるときは、事業主等に対して報告を求め、また調査することができる。
- 4 フルミスト（経鼻弱毒性インフルエンザワクチン）について、令和5年に薬事承認されたことに伴い、令和7年度実施分からインフルエンザ・ワクチン接種助成の対象とする。
なお、対象年齢は2歳以上18歳以下とし、厚生労働省において承認されたワクチンのみを対象とする。