

令和4年度

和泉市国民健康保険人間ドック助成について

1. **対象者** 受診日当日満30歳以上の和泉市国民健康保険被保険者
2. **実施期間** 令和4年4月1日～令和5年3月31日
3. **助成額** 基本検査：31,000円

頭部MRI・MRA検査（オプション）：10,000円

4. **自己負担額** 医療機関の設定した検査費用額から助成額を差し引いた金額
（7. **実施医療機関**を参考にしてください。）
5. **申込方法** **実施医療機関に直接予約**をしてください。
（7. **実施医療機関**を参考にしてください。）
6. **受診日当日の持ち物**
 - ・ **国民健康保険被保険者証**
 - ・ **令和4年度特定健康診査受診券**（40歳から74歳の人のみ。ただし、令和5年3月31日までに40歳のお誕生日を迎える39歳の方は含みます。）
 - ・ 自己負担額

※その他、注意事項など医療機関の指示に従ってください。

※特定健康診査受診券について

受診時期	令和4年度特定健康診査受診券の取り扱い
令和4年4月	お手元に届いていませんので、医療機関への提出は必要ありません。お手元に届きましたら、使用できませんので、破棄してください。
令和4年5月 ～令和5年2月	医療機関へ提出してください。
令和5年3月	有効期限が令和5年2月28日となっていますが、医療機関へ提出してください。

7. 実施医療機関

	医療機関名	所在地	電話番号 FAX番号	税込金額			
				基本検査		頭部MRI・MRA検査	
				※費用額	※自己負担額	※費用額	※自己負担額
和泉市内	和泉市立総合医療センター	和気町四丁目5番1号	TEL:41-1331	40,700円	9,700円	15,000円	5,000円
	咲花病院	のぞみ野一丁目3番30号	TEL:55-1919	40,000円	9,000円	15,000円	5,000円
	府中クリニック	肥子町二丁目2番1号 イオン和泉府中店1階	TEL:40-2154 FAX:40-2153	44,000円	13,000円	29,700円	19,700円
和泉市外	オーキヤット OCAT予防医療センター	大阪市浪速区湊町一丁目4-1 オーキヤット OCATビル地下3・4階	TEL:0120-728-797 FAX:06-6641-3823	44,000円	13,000円	29,700円	19,700円
	岸和田徳洲会病院	岸和田市加守町四丁目27-1	TEL:072-445-9908 FAX:072-445-9975	40,700円	9,700円	27,500円	17,500円
	コーナンメディカル 鳳総合健診センター	堺市西区鳳東町四丁401-1	TEL:072-260-5555 FAX:072-260-5562	41,800円	10,800円	27,500円	17,500円
	多根クリニック	大阪市港区弁天一丁目2番 大阪ベイトワースト 6階	TEL:06-6577-1881 FAX:06-6577-1771	40,700円	9,700円	33,000円	23,000円
	ベルクリニック	堺市堺区戎島町四丁45-1 ホテルアゴラ リージェンシー大阪堺 11階	TEL:072-224-1717 FAX:072-224-1500	44,000円	13,000円	29,700円	19,700円

※ 自己負担額は、各医療機関の設定した費用額から助成額を差し引いた額です。

8. 注意事項

- ◆医療機関の予約状況によっては、受付できない場合がありますのでご了承ください。
- ◆人間ドックには、特定健診の検査内容が含まれているため、年度内に特定健診と人間ドックの両方を受診することはできません。
年度内2回目以降の受診が判明した場合、当該受診分の保険者（市）負担額を返還していただきます。
- ◆健診日当日に和泉市国民健康保険の資格を喪失されている場合（社会保険加入、転出等）は、受診できません。万が一受診された場合は、保険者（市）負担額を返還していただきます。
なお、健診受診後に、受診日以前までさかのぼって喪失したことが判明した場合も、保険者（市）負担額を返還していただきますので、ご注意ください。

9. 検査内容

1. 基本検査

区分		検査項目
身体計測		身長、体重、腹囲、BMI、肥満度
生 理		血圧測定、心電図、心拍数、眼底検査、眼圧検査、視力検査、聴力検査、呼吸機能検査
X線・超音波		胸部X線、上部消化管X線【※1】、腹部超音波
血液検査	生化学	総蛋白、アルブミン、クレアチニン、eGFR、尿酸、総コレステロール、HDL コレステロール、LDL コレステロール、Non-HDL コレステロール、中性脂肪、総ビリルビン、AST (GOT)、ALT (GPT)、 γ - GT (γ -GTP)、ALP、血糖（空腹時）、HbA 1 c
	血液学	赤血球、白血球、血色素、ヘマトクリット、血小板数、MCV、MCH、MCHC
	血清学	CRP
		血液型（ABO・Rh）、HBs 抗原 ※本人の申し出により省略可
尿		蛋白、尿糖、潜血等
		沈渣 ※蛋白、潜血反応が陰性であれば省略可
便		潜血
問診・診察等		問診、医師診察、結果説明、保健指導

【※1】 本人から申し出があった場合、内視鏡検査に変更することも可。（検査費用は医療機関にお問い合わせください。）

2. 頭部MRI・MRA検査（基本検査と同時実施若しくは同時申込の場合のみ）