

定期健診項目				判 自 定 動	検査補助	受診補助	補助額 (円) ※1
	法定	特定					
血生化学・貧血(春)							
脂質 中性脂肪 TG	*	*	×	29以下	300以上	受診補助 ※2	
脂質 HDLコレステロール	*	*	◎		34以下		
脂質 LDLコレステロール	*	*	×		160以上		
糖代謝 空腹時血糖 FBS	*	*	◎		126以上	受診補助 ※2	
糖代謝 HbA1c					6.5以上		
尿酸 UA			×		9.0以上	受診補助 ※2	
肝機能 GOT(AST)	*	*	◎	51以上		検査費用のみ	
肝機能 GPT(ALT)	*	*	◎	51以上		検査費用のみ	
肝機能 γ-GTP	*	*	◎	101以上		検査費用のみ	
肝機能 ALP(アルカリホスファターゼ)			×	600以上		検査費用のみ	
肝機能 LDH			×	600以上		検査費用のみ	
肝機能 総ビリルビン T-bil			×	3.0以上		検査費用のみ	
肝機能 総蛋白量 TP			×	5.9以下 9.1以上		検査費用のみ	
肝機能 ALB(アルブミン)			×	3.5以下		検査費用のみ	
腎機能 eGFR			×	49.9以下		検査費用のみ	
(e-GFR値無しの時) 腎機能 クレアチニン CRE			×	男性1.5以上 女性1.2以上		検査費用のみ	
血液 白血球 WBC			△	3000以下 10000以上(過 去データも同様な ら経過観察)		検査費用のみ	
血液 血色素量 Hb	*	△	◎	男12.0以下、 18.0以上 女11.0以下、 16.1以上		検査費用のみ	
血液 血小板 PLT			×	9.9以下 40.0以上		検査費用のみ	
尿検査							
尿蛋白	*	*	◎	++以上		検査費用のみ	
尿糖	*	*	◎	+ ※3		検査費用のみ	
尿潜血			×	++以上		検査費用のみ	
その他検査							
血圧(最高・最低)	*	*	×		150/95	受診補助 ※2	
身体計測(BMI)	*	*		—		(保健指導)	
心電図	△	△	×	要精検の所見		検査費用のみ	
胸部X線検査	△		×	要精検の所見		検査費用のみ	
眼底			×	要精検の所見		検査費用のみ	
便潜血			×	要精検の所見		5000円まで	
胃部X線検査			×	要精検の所見		4000円まで	
胃部内視鏡検査(奇数年齢)			×	生検実施時		生検に係る費用	
腹部超音波検査			×	要精検の所見		検査費用のみ	
前立腺			×	要精検の所見		検査費用のみ	

※1 補助額合計の上限は 15,000円。自己負担額が補助額より小さい場合は、負担額を補助額とする。

※2 生活習慣関連の受診補助金は、リスクグループ(血圧、脂質、糖代謝、尿酸)毎に1つの受診とする。

複数グループを受診している場合、グループ1つ:1500円、2つ2500円、3つ:3500円、4つ:4000円を上限として受診補助金を支給する。

※3 血糖値、HbA1cがAまたはBの場合はC、C以上でD2

乳がん

任意検査(検査費補助事業)のため対象外

子宮頸がん

任意検査(検査費補助事業)のため対象外