

定期健診項目			検査補助	受診補助	補助額 (円) ※1
	法定	特定			
<b>血生化学・貧血（春）</b>					
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
<b>尿検査</b>					
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
<b>その他検査</b>					
診察	*	*	要精検の所見		医師の指示に基づく 検査費用のみ
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
胃管内視鏡検査（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

△…条件付きで実施する項目もしくは医師の判断に基づき選択的に実施する項目

※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  
大腸内視鏡・大腸CT(自費診療) 任意検査(検査費補助事業)のため対象外