

## 令和8年度「健保連人間ドック健診」利用料金等に関する調査

本調査は、健診団体（日本病院会/日本人間ドック・予防医療学会、全日本病院協会、日本総合健診医学会、全国労働衛生団体連合会）と健保連で取り交わしている契約書第5条に基づき実施するものです。

※年度途中の利用料金の変更はできませんのでご留意ください。

実施機関名

### ■令和8年度における本契約の利用料金についてお聞きします。

#### Q1 令和8年度における本契約の「必須項目」利用料金を税込金額でお答えください。【必須】

(回答は半角数字、カンマ(,)なし)

※利用者の申し出により実施する「オプション項目」とは切り離し、「必須項目」利用料金（税込）をお答えください。

※本契約での必須項目は、全ての受診者に実施する検査項目のため、男女共通の料金としてください。また、データ提供にかかる費用は含めずにお答えください。

 円（税込）

#### Q2 令和8年度における本契約の「オプション項目」利用料金を税込金額でお答えください。【必須】

(回答はそれぞれひとつ、実施している場合は半角数字で回答、カンマ(,)なしで回答)

### <上部消化管内視鏡>

※本人および保険者からの申し出があり、X線（バリウム）から変更して実施する場合の差額（税込）をお答えください。差額がない場合は「0」円とお答えください。

※経口と経鼻で金額が異なる場合は金額が高い方をお答えください。

※実施していない場合は「2 実施していない」をお選びください。

1	<input type="text"/>	円（税込）
2	実施していない	

### <乳房診察+マンモグラフィ>

※乳房診察の実施体制がない場合、オプション項目として認められておりません。（但し、健診当日、医師の判断のもとであれば乳房診察の省略可。）

※2方向を実施している場合、「1 2方向の利用料金」を選び、利用料金（税込）を記載してください。

※1方向のみを実施の場合、「2 1方向のみの利用料金」を選び、利用料金（税込）を記載してください。

※どちらも実施していない場合、「3 実施していない」をお選びください。

1 2方向の利用料金	<input type="text"/>	円（税込）
2 1方向のみの利用料金	<input type="text"/>	円（税込）
3 実施していない		

<乳房診察+乳腺超音波>

※乳房診察の実施体制がない場合、オプション項目として認められておりません。（但し、健診当日、医師の判断のもとであれば乳房診察の省略可。）

※実施していない場合は「2 実施していない」をお選びください。

1	<input type="text"/>	円（税込）
2	実施していない	

<婦人科診察+子宮頸部細胞診>

※実施していない場合は「2 実施していない」をお選びください。

1	<input type="text"/>	円（税込）
2	実施していない	

<P S A>

※実施していない場合は「2 実施していない」をお選びください。

1	<input type="text"/>	円（税込）
2	実施していない	

<H C V抗体>

※H C V検査単体の利用料金（税込）を記載してください。0円は入力不可とされております。

※厚生労働省の肝炎総合対策に基づき、未実施の場合は、実施を推奨しております。

<input type="text"/>	円（税込）
----------------------	-------

■健診結果データの提供および特定健診・特定保健指導への対応についてお聞きします。

**Q 3 特定健診部分（質問票含む）の国に定める電子的様式（XML）でのデータ提供料金を税込金額でお答えください。【必須】**

(複数回答可)

※「1 無料」、または「5 件数あたり、CD-R 1 枚あたり等の料金は設定していない」を選択した場合は、他の選択肢は選べません。

※件数あたりの料金を設定している場合は、「2 件数あたり」に半角数字、カンマ（，）なしで回答してください。件数によってデータ提供料金が異なる場合は最も高い金額をお答えください。

※CD-R 1 枚あたりの料金を設定している場合は、「3 CD-R 1 枚あたり」に半角数字、カンマ（，）なしで回答してください。

※件数以外の単位（「1人あたり」「1月あたり」「1回の作成あたり」など）でデータ提供料金を設定している場合、CD-R 以外の媒体でデータ提供している場合は、「4 その他」に具体的な内容を回答してください。

※2018 年度より、健保組合から要望があった場合に標記 XML データを提供することは指定施設の必須要件です。

1 無料	
2 件数あたり	_____ 円（税込）／件
3 CD-R 1 枚あたり	_____ 円（税込）／件
4 その他	_____
5 件数あたり、CD-R 1 枚あたり等の料金は設定していない	

**Q 4 特定保健指導の実施の有無と、実施有の場合は初回面接の同日実施の可否についてお答えください。【必須】**

(回答はひとつ)

1 実施有、初回面接の同日実施可
2 実施有、初回面接の同日実施不可
3 実施無

※2018 年 4 月 1 日以降、特定健診受診当日に初回面接を分割実施することが可能です。

**Q 5 人間ドック（特定健診項目以外）検査結果データの電子様式での提供の可否と、提供可能な場**

**合、提供可能なデータ形式をお答えください。【必須】**

(複数回答可)

※電子データ以外（例：紙等）で提供されている場合は「5 提供不可」とお答えください。

- |                                |
|--------------------------------|
| 1 提供可、X M L で提供                |
| 2 提供可、C S V で提供                |
| 3 提供可、E x c e l で提供            |
| 4 提供可、その他のデータ形式（具体的に：<br>[ ] ) |
| 5 提供不可                         |

**■外国人対応についてお聞きします。【必須】**

**Q 6 外国人対応の可否についてお答えください。**

(回答はひとつ)

※日本語が話せない外国人（通訳なし）への対応（英語を話せるスタッフを配置している等）が可能かどうかについてお答えください。

- |        |
|--------|
| 1 対応可  |
| 2 対応不可 |

**■最後の設問（Q7～Q9）は回答された担当者様の連絡先等についてお聞きします。**

**Q7 今回の調査では前回ご回答いただいた連絡先メールアドレス宛てに調査を依頼しています（メールアドレス未回答の担当者様には郵送で依頼しています）。また次回以降、メールのみでの調査依頼を検討しておりますので、担当者様が確認可能なメールアドレス（可能であれば個人のメールアドレス以外）をお答えください。**

[ ]
-----

**Q8 貴施設の人間ドック等を予約する際の電話番号をお答えください。【必須】**

[ ]
-----

**Q9 回答された担当者様のお名前をお答えください。【必須】**

[ ]
-----

**★アンケートはこれで終わりです。ご協力ありがとうございました。**