

指定施設のご担当者様

健保連人間ドック健診について

1. 経緯と目的

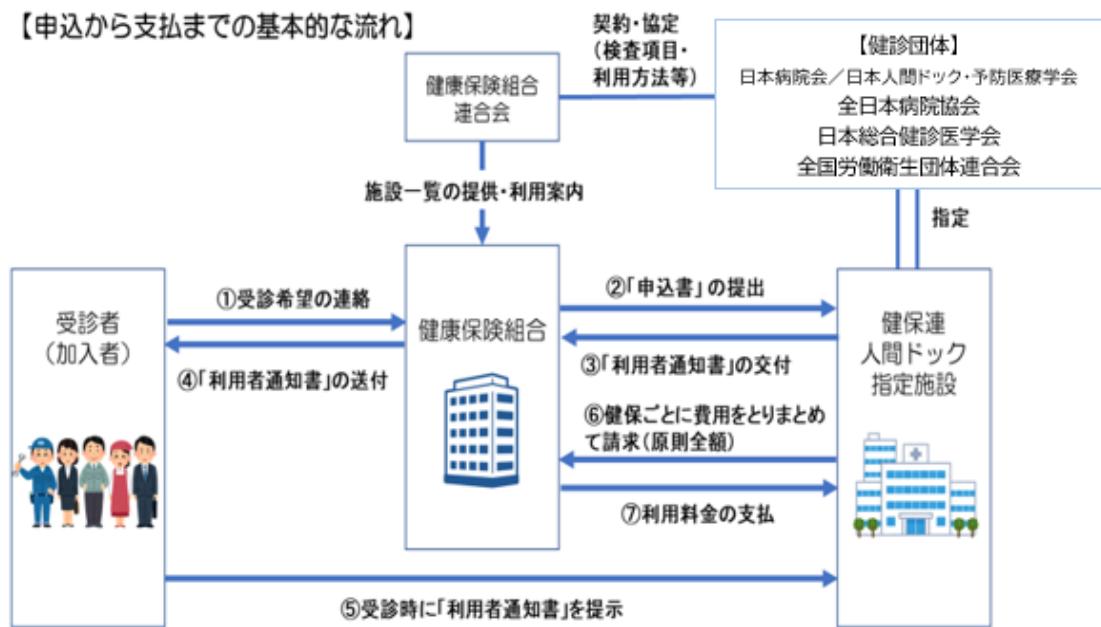
「健保連人間ドック健診」は、一定の基準を満たした施設において、全国共通の検査項目を提供し、健保組合の加入者が安心して人間ドックを利用していくことを目的とした事業です。昭和34年に日本病院会と二日ドック（※）の契約を行ったのを皮切りに、日本総合健診医学会（昭和49年）、全日本病院協会（平成元年）、全国労働衛生団体連合会（令和8年）と契約を行い、現在に至っております。

2. 検査項目や利用方法の取り決め

検査項目や利用方法等の取り決めにつきましては、各健診団体（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）と健康保険組合連合会が協議を行って決定しています。※現在は日帰り（1日）ドックのみの契約となっています。

契約内容についてのご質問は、指定を受けている健診団体へご連絡ください。

3. 一般的な利用方法



4. 留意事項

- ・健康保険組合（以下、「健保組合」という。）の加入者であれば、受診可能としております。
 - ・施設への申込みは、受診者が加入する健保組合が行います。
- ※健保組合が行う費用補助など予算措置に配慮し、受診者ではなく健保組合を通しての申込みを前提としております。
- ・健保組合が指定施設との間で個別に協議の上、支払方法などを決定した場合は上記の限りではありません。ただし、本契約に含まれない検査の実施は、「健保連人間ドック健診」の契約外の取扱いとなりますので、費用、支払方法などは健保組合および受診者とご相談ください。

（裏面へ）

5. 特定健康診査に関するお願い

加入者に人間ドックを提供することで、特定健康診査（以下、「特定健診」という。）の実施に代える健保組合が多数あります。そのため、健保連人間ドックでは契約書および協定書において、以下の事項についてご協力をお願いしています。

①受診者に結果を通知する際には、人間ドック全項目の検査結果表に加え、特定健診項目部分のみの結果表で通知すること。

→当年度の特定保健指導や翌年度の特定健診の受診の際に必要なためです。

※国の定める電子的様式（XML）にて通知する場合にのみ、事前に明示した費用を別途請求することができます。

②人間ドック利用料金の請求書または領収証においては、特定健診（質問票を含む）に係る料金を明記すること。

→健保組合が特定健診・特定保健指導に要した費用の一部について、国に補助金を申請できる制度があります。その申請にあたっては、特定健診分の費用が請求書・領収証等において、明確に区分されている必要があるためです。

以上

健保連人間ドック健診申込書

NO. _____

【利用者記入欄】※太枠内をご記入し、ご加入の健保組合にご提出ください

受診希望施設名				受診希望日	第一希望	年 月 日()	
保険者番号		被保険者等記号・番号	-				
ふりがな			男 ・ 女		生年月日	第二希望	年 月 日()
受診者名					T · S · H · R 年 月 日	第三希望	年 月 日()
住所	〒			連絡先	— —		

* 本申し込みをもって、健診結果が健保組合に送付されることに同意したとみなされます。また、費用補助の内容については、健保組合によって異なりますので、詳細については、ご加入の健保組合にお問い合わせください

【健保組合記入欄】※下記項目を記入し、受診希望日の2週間前までに受診希望施設にお申し込みください

◆組合名	健康保険組合 印	
◆所在地	◆TEL	
* 上記所在地と請求先所在地が異なる場合はご記入ください		
(請求先名称:	所在地:)	
◆オプション項目 ※希望する検査項目に○をつけてください。 なお、指定施設によって、実施の可否が異なりますので、ご了承ください	【 】上部消化管内視鏡（必須項目のバリウムから胃カメラに変更を希望） 【 】乳房診察+マンモグラフィ 【 】乳房診察+乳腺超音波 【 】婦人科診察+子宮頸部細胞診 【 】PSA検査 【 】HCV抗体	
◆受診者の特定健診部分の結果を電子的様式(国で定めるXML様式)で健保組合に通知することを * データ提供料金が別途発生する場合があります。詳細は指定施設にお問い合わせください		
1. 希望する 2. 希望しない		
年 月 日 担当		

(注意点) 本申込書は原則、加工せずにご利用ください。

健保連人間ドック健診利用者通知書

(様式第2号)

健康保険組合 御中

NO. _____

下記の内容で健保連人間ドックの予約を受け付けました

【指定施設記入欄】		受付日	年	月	日	担当者：
※原則、申込受付後、1週間以内に健保組合宛にお送りください						
施設名	印					
受診日	年 月 日 ()	受付時間	: までにお越しください			
所在地	〒	問い合わせ先		— —		
予約 オプション 項目	<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡（必須項目のバリウムを胃カメラに変更して実施） <input type="checkbox"/> 乳房診察+マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 乳房診察+乳腺超音波 <input type="checkbox"/> 婦人科診察+子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> PSA検査 <input type="checkbox"/> HCV抗体					

【受診者情報】

ふりがな	氏名	男 ・ 女	生年月日		
年			月	日	
	T · S · H · R				
住所	〒	連絡先	— —		

(留意点)

- 健保組合は、「利用者通知書」の内容を確認し、受診者に送付します。※本様式のほかに指定施設が定める様式が用いられる場合もあります
- 受診者は人間ドック受診の際に「利用者通知書」を指定施設へ提出してください

令和8年度 健保連人間ドック健診検査項目表

区分	項目	備考
身体計測	身長	
	体重	
	肥満度	削除可
	B M I	
	腹囲	
生理	血圧測定	原則2回測定値と平均値
	心電図	
	心拍数	
	眼底	両眼撮り
	眼圧	
	視力	
	聴力	簡易聴力
超音波	呼吸機能	1秒率、%肺活量、%1秒量(対標準1秒量)
	胸部X線	2方向
	上部消化管X線	食道・胃・十二指腸。4ツ切等8枚以上*1
必須項目	腹部超音波	検査対象臓器は肝臓(脾臓を含む)・胆のう・脾臓・腎臓・腹部大動脈とする。但し、脾臓検出できない時はその旨記載すること。
	生化	
	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)	
	HbA1c	
血液学	赤血球	
	白血球	
	血色素	
	ヘマトクリット	
	MCH	
	MCHC	
	MCHC	
血清学	血小板数	
	CRP	定量法
	血液型(ABO Rh)	本人の申し出により省略可
	HBs抗原	本人の申し出により省略可

区分	項目		備考
必須項目	尿	尿一般・沈渣	蛋白・尿糖・潜血など 沈渣は、蛋白、潜血反応が陰性であれば省略可
	便	潜血	免疫法で実施(2日法)
	診問 察診	医療面接(問診)	医療職が担うこと(原則、医師・保健師・看護師とする)問診票(質問票)は、特定健診対象者には特定健診質問票22項目を含むこと。
		医師診察	胸部聴診、頸部・腹部触診など。*2
	判定 ・ 指導	結果説明	医師が担うこと。 受診勧奨、結果報告書、特定健康診査対象者には情報提供 *2
		保健指導	医療職が担うこと(実施者は「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(第4.2版)」に準ずること。医師の結果説明の間での実施可とする) 受診勧奨、結果報告書、特定健康診査対象者には情報提供 *2
オプション項目	上部消化管内視鏡		*3
	乳房診察 + マンモグラフィ		乳房診察は医師の判断により省略することも可。
	乳房診察 + 乳腺超音波		
	婦人科診察 + 子宮頸部細胞診		検体採取は医師が実施すること。
	P S A		
	H C V 抗体		*4

*1 X線検査を基本とする。本人及び保険者から内視鏡検査の申し出があった場合は、オプション項目に掲げる金額を加算し実施する。

*2 診察・説明・指導は、施設の実状を踏まえた効率的な運用を認める。なお、原則として医師による診察と結果説明は別々に行うこと。

*3 内視鏡検査を行う際は、別途、十分な説明のもとに本人から文書同意を取得すること。原則、鎮痛薬・鎮静薬は使用しない。

*4 厚労省の肝炎総合対策に基づき、未実施の場合は実施を推奨する。

<補足>

本契約に含まれない検査の実施は、契約外の取扱いとなりますので、費用、支払方法などは健保組合および受診者とご相談ください。