

# 令和8年度 健診のご案内

## 医師国保にご加入の40歳以上の皆様へ

☆健診は3種類あります（ご希望の健診を1種類お選びください）  
同封の『申込書』で12月31日までに本組合へお申込みください。

### ☆人間ドック「特定健康診査項目を含む」

#### 1 対象者

40歳以上の本組合加入者全員（75歳以上の本組合加入者も含まれます。）

#### 2 健診項目（特定健康診査項目が含まれているすべてのドック）

■一般的な人間ドック（特定健康診査が含まれる一般的な人間ドック）

■その他 【特定健康診査＋各種ドック】

内容は実施機関により異なります。各実施機関へお問合せください。

例：特定健康診査＋脳ドック、特定健康診査＋婦人科ドックなど



#### 3 協力実施機関と協力実施機関以外の取扱い

■協力実施機関 …… 県内約40機関（同封の協力実施機関名簿をご参照ください）

助成金額（限度額3万円まで）を本組合から協力実施機関あて銀行振込で支払います。助成金額3万円を超えたものは自己負担（実施機関により異なります）になりますのでご注意ください。

■協力実施機関以外 …… 全額自己負担（自費）していただいた後に「健康診査助成金交付請求書」の提出により助成金額（限度額3万円まで）助成いたします。

※協力実施機関以外で人間ドックの受診を希望される場合などは健診申込書のチェック欄に☑をご記入ください。

#### 4 受診及び申込方法

(1) 健診申込書（別紙）に必要事項をご記入のうえ、本組合に郵送かFAX（028-625-9703）または郡市医師会を經由してお申し込みください。

(2) お申し込みされた方には約1週間後に「受診決定通知書」、「特定健診受診券（75歳以上の方は送付無し）」をお送りいたしますので、ご希望の人間ドック協力実施機関に直接お電話で予約をしてください。

①受診日時 ②本組合の加入者であること ③本組合の人間ドック助成制度を利用すること等を必ずご連絡ください。

(3) 受診当日は、こちらから送付した用紙と「本組合の加入者であることがわかる書類など（75歳以上の方は不要）」を窓口へ提出してください。その他必要な書類等は実施機関の指示に従ってください。

(4) 受診期限は令和9年3月31日までです。

#### 5 結果と費用

人間ドックの費用の助成金額は特定健康診査項目を含めて3万円です。協力実施機関から人間ドックの結果が本組合へ提出されます。協力実施機関以外では健康診査助成金交付請求書に人間ドック結果（全部のデータが記載されているもの）と領収書の写しの添付が必要です。

## 6 その他

人間ドックに含まれる特定健診項目の結果により、特定保健指導の対象者となる場合がありますのでご承知おきください。【特定保健指導】参照

### ☆生活習慣病健診（特定健康診査項目を含む）

#### 1 対象者

40歳以上の本組合加入者全員  
(75歳以上の本組合加入者も含まれます。)

#### 2 健診項目（特定健診項目+追加（任意）項目）

#### 3 実施機関

ご自分の医療機関（勤務先）又はかかりつけ等の医療機関（名簿はありません。)

#### 4 受診及び申込方法

(1) 健診申込書（別紙）に必要事項をご記入のうえ、本組合に郵送かFAX（028-625-9703）または郡市医師会を經由してお申し込みください。

(2) お申し込みされた方には約1週間後に「受診決定通知書」、「特定健診受診券（75歳以上の方は送付無し）」、「健康診査料金請求書」、「受診結果通知表」を送付しますので、出来るだけご自分の医療機関（勤務先）もしくはかかりつけの医療機関に直接電話等で予約をしてください。

①受診日時 ②本組合の加入者であること ③本組合の生活習慣病健診助成制度を利用すること  
④ほかの健診制度との同時実施（例：お住まいの市町等が実施するがん検診など）等をご連絡ください。ご自分の医療機関（勤務先）で実施される場合、**医師本人の自己健診はできません**のでご了承ください。

(3) 受診当日は、こちらから送付した用紙と「本組合の加入者であることがわかる書類など（75歳以上の方は不要）」を窓口に提出してください。その他必要な書類等は実施機関の指示に従ってください。

(4) 受診期限は令和9年3月31日までです。

(5) 償還払いもご利用になれます。全額自己負担（自費）していただいた後に「健康診査助成金交付請求書」の提出により助成いたします。健診申込書のチェック欄に☑をご記入ください。

#### 5 結果と費用

生活習慣病健診の結果は実施機関から紙または電子媒体(可能な場合のみ)で本組合へ提出されます。生活習慣病健診の費用は、**助成金額（限度額8千円まで）**として本組合から直接実施機関あて銀行振込で支払います。**助成金額を超えたものは自己負担（実施機関により異なります）になりますのでご注意ください。**

#### 6 その他

生活習慣病健診に含まれる特定健康診査の結果により、特定保健指導の対象者となる場合がありますのでご承知おきください。

生活習慣病健診という名称は医師国保以外でも使用されています。内容もそれぞれ違いますのでご注意ください！

## ☆特定健康診査

### 1 対象者

40～74 歳の本組合の被保険者全員

### 2 健診項目

#### ○基本的な健診の項目

問診（既往歴、服薬歴、喫煙歴等）、自覚症状、他覚症状、計測（身長、体重、BMI、腹囲）、理学的所見（医師診察）、血圧、血中脂質検査（中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロールまたはNON-HDL コレステロール）、肝機能検査（GOT、GPT、 $\gamma$ -GTP）、血糖検査（空腹時血糖またはヘモグロビンA1cまたは随時血糖）、尿検査（糖、蛋白）

#### ○詳細な健診の項目

貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値）  
心電図検査、眼底検査、血清クレアチニン検査

### 3 協力実施機関（特定健康診査実施登録機関のみ）

集合契約Bによる契約委託先（協会けんぽの家族などの特定健康診査が出来る機関）

### 4 受診及び申込方法

- (1) 健診申込書（別紙）に必要事項をご記入のうえ、本組合に郵送かFAX（028-625-9703）でお申し込みください。
- (2) お申し込みされた方へ特定健診受診券と関係書類を送付しますので、特定健康診査実施機関名簿から実施機関を自由に選んで直接電話等で予約をしてください。
  - ①受診日時 ②本組合の加入者であること ③ほかの健診制度との同時実施（例：お住まいの市町等が実施するがん検診など）をご連絡ください。ご自分の医療機関（勤務先）で実施される場合、**医師本人の自己健診はできません**のでご了承ください。
- (3) 受診当日は、こちらから送付する「特定健診受診券」と「本組合の加入者であることがわかる書類など」を窓口に提出してください。その他必要な書類等は実施機関の指示に従ってください。
- (4) 受診期限は令和9年3月31日までです。

### 5 結果と費用

特定健康診査の結果は実施機関から電子媒体（紙含む）で本組合へ提出されます。

特定健康診査の費用は、全額本組合負担（自己負担なし）として本組合から国保連合会を通じて支払います。

### 6 その他

特定健康診査の結果により特定保健指導の対象者となる場合がありますのでご承知おきください。

（【特定保健指導】参照）



## 【特定保健指導】

特定健康診査（人間ドック、生活習慣病健診、特定健康診査）を受診された方の中から、特定保健指導の該当者を本組合が判定のうえ決定します。該当者には、本組合もしくは実施機関からご連絡をさせていただきます。

### 1 対象者

特定健康診査の結果により保健指導対象と判定された者

### 2 予定人数

動機づけ支援 10名

積極的支援 10名

### 3 協力実施機関（特定保健指導実施登録機関のみ。）

集合契約B及び本組合契約委託先（協会けんぽの家族などの特定保健指導が出来る機関）

### 4 実施方法（お願い）

(1)お申し込みは不要です。本組合が対象者を選定し「利用券」をお送りします。

(2)実施当日は、こちらから送付する「利用券」と「被保険者証」を窓口へ提出してください。その他必要な書類等は実施機関の指示に従ってください。

(3)上記(1)(2)にかかわらず、**特定健康診査と同日実施する場合があります。**その際は、特定健康診査当日、実施機関から対象者へその旨お伝えし、ご本人様ご了解のうえ実施させていただきます。

### 5 結果と費用

特定保健指導の結果は実施機関から本組合へ提出されます。

特定保健指導の費用は、全額本組合負担（自己負担なし）です。

☆☆☆☆☆「お願い」と「お問合せ先」☆☆☆☆☆

- **健診費用の全額を窓口で支払って健診を受けた場合は「健康診査助成金交付請求書」で助成金を請求してください。**人間ドック30,000円・生活習慣病健診8,000円を限度としてお支払いいたします。
- 「人間ドック」「生活習慣病健診」「特定健康診査」の受診は、**お一人につき、同一年度内にいずれか1つ、1回のみ受診してください。**2つ以上の種類の健診を受けること、同じものを2回以上受けることはできません。
- 「人間ドック」「生活習慣病健診」「特定健康診査・特定保健指導」に関するお問合せは、それぞれの実施機関または下記へお願いします。

栃木県医師国民健康保険組合 業務課 担当 三原  
〒320-8503 宇都宮市駒生町 3337-1 とちぎ健康の森 4 階  
TEL 028-622-4378 FAX 028-625-9703