

令和
6年度

被扶養者様向け

いちばけんぽ 健診ガイド

毎年受診することで
気づかない体の変調を知ることができます



当健保組合の健診を受診された方には、
「健康年齢®通知」をプレゼントします。※くわしくは2ページ

2 あなたに合った
健診は？

4 特定健診Eコース

5 一日人間ドック
生活習慣病ドック

6 人間ドックDコース
生活習慣病予防
健診Bコース

7 婦人生活習慣病
予防健診Cコース
巡回レディース
健康診断

8 検査項目一覧

9 補助金申請

10 申請書の記入方法
申請書

21 パート先などで
健診を受診された
方へ

22 健診結果の
有効活用を

23 特定保健指導に
ついて

健診予約メモ

健診機関

受診日 月 日

お問い合わせ・
申請書類送付先

東京中央卸売市場健康保険組合 保健事業課

〒135-0061

東京都江東区豊洲6-6-1 東京中央卸売市場施設管理棟2階

TEL: 03-6633-0711 FAX: 03-6636-6100

あなたに合った健診は？



各健診のくわしい検査項目は8ページをご覧ください

今年度より、婦人科検診(子宮細胞診・乳房X線・乳房超音波)を受診できるコースが増えました。

- 人間ドックDコース・生活習慣病予防健診Bコースに婦人科検診が追加されました。
- 婦人生活習慣病予防健診Cコースの自己負担額が6,000円→3,000円になりました。
- 巡回レディース健康診断が新しく加わりました。
- 特定健診Eコースを任意継続被保険者(本人)の方が受診できるようになりました。

	検査項目		血液検査 (項目は 健診により 異なります)	視力・聴力	心電図	腹部超音波	上部消化管 便潜血 胸部X線	子宮細胞診 乳房X線 乳房超音波
	自己負担額	身体測定 血圧測定 尿検査						
40歳以上のみ 特定健診Eコース	無料	○	○	×	医師の 判断による	×	×	×
40歳以上のみ 一日人間ドック	14,000円~	○	○	○	○	○	○	○
すべての年齢で受診できます 生活習慣病ドック	8,000円 または 10,000円	○	○	○	○	○	○	○
40歳以上のみ 人間ドックDコース	16,000円	○	○	○	○	○	○	○
すべての年齢で受診できます 生活習慣病予防健診Bコース	6,500円	○	○	○	○	オプション 追加	○	○
すべての年齢で受診できます 婦人生活習慣病予防健診Cコース	3,000円	○	○	○	○	×	○	○
すべての年齢で受診できます 巡回レディース健康診断	5,000円	○	○	○	○	オプション 追加	○	○



受診会場	特徴	申し込み方法等 詳細
全国1000か所の 健診機関での 個別健診	基本的な項目を無料で受診することができます。	4ページを ご覧ください
関東圏50か所の 当健保組合 直接契約健診機関 での個別健診	健診機関により自己負担額が違います。 婦人科検診に1,400円~追加負担がかかる健診機関があります。 上部消化管検査の種類により8,000円もしくは10,000円の自己負担となります。婦人科検診にかかる追加負担はありません。	5ページを ご覧ください
全国600か所の 健診機関での 個別健診	今年度から追加負担なしで婦人科検診を受診できるようになりました。	6ページを ご覧ください
全国700会場での 集団健診(女性のみ)	申し込み期間が限られます。会場を選ぶことはできませんが、日程を指定して申し込むことはできません。申し込み後に日程が決定します。	7ページを ご覧ください
全国200会場・ 1500回の集団健診 (女性のみ)	会場は少なめですが、回数が多く、申し込み時に会場・日程を指定して申し込みます。	7ページを ご覧ください*
補助金申請	上記のコースで受診できない場合、ご自身で受診した健診費用を全額自費で支払った後、補助金申請手続きをすることで健診費用が補助されます。	9ページを ご覧ください

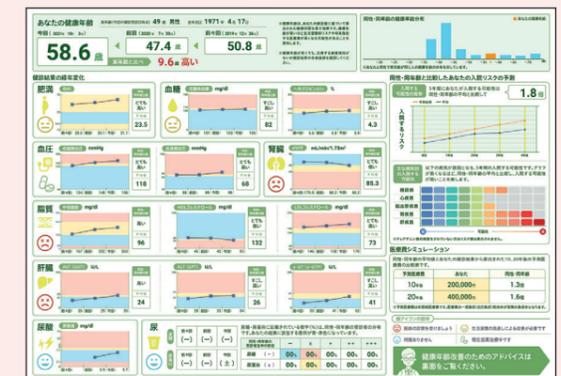
⚠️ ご注意ください

- 当健保組合の健診は、年度内に1人1回のみ受診できます。
- 健診当日に、当健保組合の資格がない方は受診できません。
- オプション検査は実費の追加料金が発生します。

* 詳細は、同封の「巡回レディース健康診断のご案内」をご覧ください。

健診を受診された方に「健康年齢®通知」をプレゼント

当健保組合の健診を受けていただいた被扶養者の方に「健康年齢®通知」をプレゼントいたします。
あなたの健康年齢のほか、同世代との数値比較、健康年齢改善のアドバイスなど、これから健康をステップアップしていくためのお役立ちツールです。
健診を受けてからおよそ3か月後にご自宅に送付いたします。
※健康年齢はご自身の健康状態を分かりやすく理解するための指標です。健診の結果を使い、あなたのカラダは何歳相当なのかを統計的に判定します。





特定健診Eコース

※任意継続被保険者(本人)・
被扶養者(家族)限定コース

東京都総合組合保健施設振興協会(東振協)に委託実施している健診です。

この健診の特徴

- 基本的な項目を無料で受診することができます。
- 全国1000か所以上の健診機関で受診できる個別健診です。

対象者

40歳以上の被扶養者(家族)および
任意継続被保険者(本人)
※年齢は令和7年3月31日時点を基準とします。

実施期間

通年実施しています。

申し込み方法

1 健診機関を選ぶ

別冊の健診機関リストからご希望の健診機関をお選びください。

特定健診 健診機関 → 別冊1～34ページ

2 希望の健診機関に電話予約する

電話予約の際はお手元に健康保険証をご用意ください。

※当健保組合の手続きの都合上、健診日は電話予約する日から1週間後以降の日程を予約してください。

3 健診機関予約後に当健保組合に申請書を提出する

以下の必要書類を記入し、郵送またはFAX送信してください。

特定健診Eコース申請書 → 本冊子11ページ

同封の返信用封筒で当健保組合にご送付ください。 **FAX 03-6636-6100**

※郵送などの都合から、受診日の1週間前までに提出をお願いいたします。

4 当健保組合より「受診カード」をご自宅へ郵送します

5 健診を受ける

受診当日は以下の物を忘れずにお持ちください。

- ご記入済みの「受診カード」
- 健康保険証

※健診機関からの指示(飲食制限や服装)がある場合は従ってください。

予約内容の変更・キャンセル ご予約の健診機関に電話で直接ご連絡ください。

※契約健診機関リスト以外の機関(お近くの健診センターやかかりつけ医など)で受診をご希望の場合は、事前に当健保組合へお電話にてご連絡ください。受診の方法をご案内します。TEL:03-6633-0711

がん検診も 受診したい方

特定健診Eコースと併せてお住まいの市区町村が実施している各種がん検診を受診いただくか、他のコースをお勧めします。
特定健診Eコースと他のコースの併用はできません。



一日人間ドック

生活習慣病ドック

当健保組合が直接契約している健診です。

この健診の特徴

- 関東圏50か所の当健保組合直接契約健診機関で受診できる個別健診です。

対象者

一日人間ドック: 40歳以上の被保険者(本人)および被扶養者(家族)

生活習慣病ドック: すべての年齢の被保険者(本人)および被扶養者(家族)

※年齢は令和7年3月31日時点を基準とします。

実施期間

通年実施しています。

申し込み方法

1 健診機関を選ぶ

別冊の健診機関リストからご希望の健診機関をお選びください。

一日人間ドック 健診機関 → 別冊35～37ページ

生活習慣病ドック 健診機関 → 別冊35～37ページ

2 希望の健診機関に電話予約する

電話予約の際はお手元に健康保険証をご用意ください。

※当健保組合の手続きの都合上、健診日は電話予約する日から2週間後以降の日程を予約してください。

3 健診機関予約後に当健保組合に申請書・受診券を提出する

以下の必要書類を記入し、郵送またはFAX送信してください。

一日人間ドック・生活習慣病ドック申請書 → 本冊子13ページ

一日人間ドック・生活習慣病ドック受診券 → 本冊子15ページ

同封の返信用封筒で当健保組合にご送付ください。 **FAX 03-6636-6100**

※郵送などの都合から、受診日の2週間前までに提出をお願いいたします。

4 当健保組合より「受診券」をご自宅へ郵送します

5 健診を受ける

受診当日は以下の物を忘れずにお持ちください。

- 受診券
- 健診機関からの必要書類・提出物
- 健康保険証
- 自己負担費用

※健診機関からの指示(飲食制限や服装)がある場合は従ってください。

支払いは健診機関窓口にて行います。

予約内容の変更・キャンセル ご予約の健診機関に電話で直接ご連絡ください。



人間ドックDコース

生活習慣病予防健診Bコース

東京都総合組合保健施設振興協会（東振協）に委託実施している健診です。

この健診の特徴

- 全国600か所の健診機関で受診できる個別健診です。
- 今年度から費用負担なしで婦人科検診を受診できるようになりました。

対象者

人間ドックDコース：40歳以上の被保険者（本人）および被扶養者（家族）

生活習慣病予防健診Bコース：すべての年齢の被保険者（本人）および被扶養者（家族）

※年齢は令和7年3月31日時点を基準とします。

実施期間

通年実施しています。

申し込み方法

1 健診機関を選ぶ

別冊の健診機関リストからご希望の健診機関をお選びください。

 人間ドックDコース 健診機関 → 別冊38～70ページ

 生活習慣病予防健診Bコース 健診機関 → 別冊38～70ページ

2 希望の健診機関に電話予約する

電話予約の際はお手元に健康保険証をご用意ください。

3 健診を受ける

受診当日は以下の物を忘れずにお持ちください。

- 健診機関からの必要書類・提出物
- 健康保険証
- 自己負担費用

※健診機関からの指示（飲食制限や服装）がある場合は従ってください。

支払いは健診機関窓口にて行います。

※人間ドックDコース・生活習慣病予防健診Bコースをご受診の方は、当健保組合への申請書類の提出・連絡は不要です。

予約内容の変更・キャンセル ご予約の健診機関に電話で直接ご連絡ください。



婦人生活習慣病予防健診Cコース

東京都総合組合保健施設振興協会（東振協）に委託実施している健診です。

この健診の特徴

- 全国700か所の会場で実施される集団健診です。
- 他の健保組合加入者の方との合同健診となります。
- 今年度から自己負担額が6,000円から3,000円になりました。
- 会場が選べますが、日程を指定して申し込むことはできません。
- 申し込み後に日程が決定します。

対象者

すべての年齢の被保険者（本人）および被扶養者（家族）

申し込み期間

令和6年6月～7月

実施期間

令和6年9月～令和7年2月

申し込み方法

詳細は令和6年6月ごろ、郵送書類で別途ご案内いたします。（対象者のみ）



巡回レディース健康診断

*被扶養者（家族）限定コース

全国健康増進協議会（全健協）に委託実施している健診です。

この健診の特徴

- 今年度から追加になったコースです。
- 全国200か所の会場で1500回実施される集団健診です。
- 他の健保組合加入者の方との合同健診となります。
- 申し込み時に会場・日程を指定して申し込みます。

対象者

すべての年齢の被扶養者（家族）

申し込み期間

令和6年6月～

実施期間

令和6年6月～令和7年3月

申し込み方法

詳細は同封の「巡回レディース健康診断のご案内」をご覧ください。

検査項目一覧

検査項目		特定健診Eコース	一日人間ドック	生活習慣病ドック	人間ドックDコース	生活習慣病予防健診Bコース	婦人生活習慣病予防健診Cコース	巡回レディース健康診断
対象者	年齢	40歳以上	40歳以上	すべての方	40歳以上	すべての方	すべての方	すべての方
	被保険者(本人)	任意継続者のみ	●	●	●	●	●女性	-
	被扶養者(家族)	●	●	●	●	●	●女性	●女性
	自己負担額	無料	14,000円~	8,000円・10,000円 (選択項目による)	16,000円	6,500円	3,000円	5,000円
	健診実費	8,000円相当	50,000円相当	30,000円相当	35,000円相当	18,000円相当	20,000円相当	30,000円相当
問診	問診・聴打診	●	●	●	●	●	●	●
身体計測	身長	●	●	●	●	●	●	●
	体重	●	●	●	●	●	●	●
	腹囲	●	●	●	●	●	●	●
	体脂肪率	-	-	-	●	-	-	-
視力	視力	-	●	●	●	●	●	●
	最高/最低	●	●	●	●	●	●	●
血圧	心拍数	-	-	-	●	-	-	-
	左右オージオ	-	●	●	●	●	●	●
聴力	左右音叉等	-	-	-	-	-	-	-
	尿酸(定性)	●	●	●	●	●	●	●
糖代謝	空腹時血糖	●	●	●	●	●	●	●
	HbA1c	●	●	●	●	●	●	●
	尿蛋白(定性)	●	●	●	●	●	●	●
腎尿路系	尿潜血反応	-	●	●	●	●	●	●
	尿比重・尿沈渣	-	-	-	●	-	-	-
	尿素窒素	-	●	●	-	-	-	●
	クレアチニン・eGFR	□	●	●	●	●	●	●
脂質代謝	総コレステロール	-	●	●	●	●	●	●
	HDLコレステロール・LDLコレステロール・中性脂肪	●	●	●	●	●	●	●
肝機能	AST(GOT)・ALT(GPT)・γ-GTP	●	●	●	●	●	●	●
	ALP	-	●	●	●	●	●	●
	総蛋白・アルブミン・LDH・総ビリルビン	-	●	●	●	-	-	●
尿酸	尿酸	-	-	●	●	●	●	
腎機能	アミラーゼ(血清)	-	●	-	○	-	-	
血球	赤血球数・ヘモグロビン	□	●	●	●	●	●	●
	ヘマトクリット	□	●	●	●	●	●	●
	MCV・MCH・MCHC・破血球数・血小板数	-	●	●	●	●	●	●
	血清鉄	-	-	-	○	-	-	●
前立腺(男性のみ)	PSA	-	●	-	●	○	-	
血液型	ABO式・Rh式	-	●	-	●	-	-	
血清	CRP	-	●	-	●	-	-	
肝炎	HBs抗原	-	●	●	●	-	-	
	HCV抗体	-	●	●	○	-	-	
	HBs抗体	-	-	-	○	-	-	
呼吸器系	胸部X線	-	●	●	●	●	●	
肺機能	スパイロメーター	-	●	-	●	-	-	
消化器系	ABC検診(胃がんリスク層別検査)	-	-	●39歳以下 ○40歳以上	○	○	-	-
	上部消化管X線	-	●	○40歳以上	●	●	●35歳以上	-
	上部消化管内視鏡	-	※	○40歳以上	○	○	-	-
	便潜血反応(免疫2回法)	-	●	●	●	●	●	●
心電図	安静時	□	●	●	●	●	●	
眼底・眼圧	両眼	□	●	-	●	○	○	
腹部超音波	腹部超音波	-	●	●(★)	●	○	-	
子宮(女性のみ)	子宮頸部細胞診	-	●	●	●	●	●	
乳房(女性のみ)	乳房超音波	-	●	●39歳以下(★)	▲	▲	▲	▲
	乳房X線(マンモグラフィ)	-	●	●40歳以上(★)	▲	▲	▲	▲

●は標準検査項目、□は医師が必要と認めた場合に実施する項目、-は含まれない項目
 ※：上部消化管X線検査から上部消化管内視鏡検査に変更することができます。
 ○：ABC検診、上部消化管X線検査、上部消化管内視鏡検査のいずれかを選択することができます。
 (★)：子宮・乳房検査を受けられる方は、腹部超音波検査は含まれません。オプション追加はできます。
 ○：オプション検査です。追加の可否、追加料金は健診機関によって異なります。
 ▲：乳房超音波検査、乳房X線検査のどちらかを選択できます。

補助金申請(特定健診・人間ドック・生活習慣病予防健診)

当健保組合の健診を受診することができない場合、ご自身で受診した健診費用を全額自費で支払った後、補助金申請手続きをすることで健診費用が補助されます。

対象者

お近くの健診センターやかかりつけ医など、契約健診機関以外の機関で受診をご希望の方

- 特定健診** 40歳以上の被扶養者(家族) および任意継続被保険者(本人)
- 人間ドック** 40歳以上の被保険者(本人) および被扶養者(家族)
- 生活習慣病予防健診** すべての被保険者(本人) および被扶養者(家族)

補助金制度が利用できるコースと金額

健診コース	特定健診	人間ドック	生活習慣病予防健診
補助割合	全額	健診費用の7割	
補助限度額	11,000円	35,000円	19,600円

申請方法

- 特定健診**
事前に、当健保組合へお電話にてご連絡ください。受診方法および補助金申請方法をご案内します。
- 人間ドック・生活習慣病予防健診**
健診受診後、以下の書類に必要事項を記入し、当健保組合へ同封の返信用封筒で郵送で提出してください。

- 17ページ「健康診査補助金申請書」
- 健診費用領収書(写)
- 健診機関より交付された健診結果すべて(写)
(総合判断ではなく、受診項目のすべての検査数値が記載されたもの)
- 19ページ「特定健康診査等問診票」

申請後、指定口座に補助金額をお振り込みします。振込口座は被保険者(本人)の口座に限ります。

申請時に「人間ドック」か「生活習慣病予防健診」か迷ったら…

おおよそのめやす

- 上部消化管検査を行っており、
● 腹部超音波検査・眼底検査を実施している → **人間ドック**
- 腹部超音波検査・眼底検査を実施していない → **生活習慣病予防健診**

とみなしています。

どちらかわからなければ、17ページ「健康診査補助金申請書」の健診コース欄は空欄でかまいません。

- ⚠ **ご注意ください**
- がん検診等の、部位別検診のみでは補助の対象になりません。
 - オプション検査は補助の対象になりません。
 - 補助金制度の利用は年度内に1人1回のみです。
 - 補助金申請される方は、当健保組合の健診は受診できません。



特定健診Eコース 申請書の記入方法

👉 健診コースの詳細については **4ページ** をご覧ください

健診機関への電話予約後、
11ページ「特定健診Eコース申請書」に必要事項を記入し、当健保組合へ同封の返信用封筒で郵送、
もしくはFAX送信で提出してください。

【電話でも申請を受け付けています】

「特定健診Eコース申請書」の内容を口頭でお伺いします。

TEL : 03-6633-0711 東京中央卸売市場健康保険組合 保健事業課

❗ ご注意ください

- 40歳以上の被扶養者(家族)および任意継続被保険者(本人)のみ受診できるコースです。
- 郵送などの都合から、申請書は受診日の1週間前までに提出をお願いいたします。

特定健診Eコース 申請書			
記号	100	番号	200000
フリガナ	イチバ ヨウコ		
受診者氏名	市場 洋子		
生年月日	昭和 平成 50年 7月 7日		
受診券送付先住所	〒 000-0000 〇〇県〇〇市〇〇 〇-〇-〇		
連絡先電話番号	000-0000-0000		
健診機関名	〇〇病院		
受診日	令和 6年 〇月 〇日		

健康保険被保険者証 記号・番号
必須項目です。
健康保険証に記載の番号をご記入ください。

受診者氏名・生年月日
受診券送付先住所・連絡先電話番号
必須項目です。

受診機関名
必須項目です。
ご予約された健診機関名をご記入ください。

受診日
必須項目です。
ご予約された受診日をご記入ください。

※この用紙を切り取ってご使用ください。
キリトリ線

特定健診Eコース 申請書

記号	番号
フリガナ	
受診者氏名	
生年月日	昭和 平成 年 月 日
受診券送付先住所	〒 -
連絡先電話番号	
健診機関名	
受診日	令和 年 月 日



一日人間ドック 生活習慣病ドック

申請書の記入方法

👉 健診コースの詳細については **5ページ** をご覧ください

健診機関への電話予約後、以下**2点**の書類に必要事項を記入し、当健保組合へ同封の返信用封筒で郵送、もしくはFAX送信で提出してください。

- 13ページ「一日人間ドック・生活習慣病ドック申請書」
- 15ページ「一日人間ドック・生活習慣病ドック受診券」
- * 13ページ・15ページは同じ内容です。

⚠️ ご注意ください

- 書類は2点どちらも必要事項を記入してください。
- 郵送などの都合から、申請書は受診日の2週間前までに提出をお願いいたします。

一日人間ドック
40歳以上の方のみ受診できる健診です。
健診機関へご予約された検査項目すべてに○をつけてください。

生活習慣病ドック
すべての年齢で受診できます。
健診機関へご予約された検査項目すべてに○をつけてください。

健康保険被保険者証 記号・番号
必須項目です。
健康保険証に記載の番号をご記入ください。

受診者氏名・生年月日
受診券送付先・連絡先
必須項目です。

事業所名
必須項目です。
被保険者(本人)のお勤め先をご記入ください。

事業所電話番号・所在地・担当者
ご不明な場合は、空欄でもかまいません。

受診機関名・受診日
必須項目です。
ご予約された健診機関名・受診日をご記入ください。

一日人間ドック・生活習慣病ドック申請書					
一日人間ドック	上部消化管		婦人科検診		
	X線	内視鏡	乳房X線	乳房超音波	子宮細胞診
生活習慣病ドック	ABC検診	X線 40歳以上	内視鏡 40歳以上	乳房X線 40歳以上	乳房超音波 子宮細胞診
記号	100	フリガナ	イチバヨウコ		
番号	200000	受診者氏名	市場 洋子		
生年月日	昭和 50 年 7 月 7 日 平成				
受診券送付先住所	〒 000-0000 〇〇県〇〇市〇〇 〇-〇-〇		連絡先電話番号	000-0000-0000	
事業所名	〇〇〇〇〇		担当者	〇〇	
事業所所在地	〒 000-0000 〇〇県〇〇市〇〇 〇-〇-〇		事業所電話番号	000-0000-0000	
健診機関名	〇〇病院				
受診日	令和 6 年 〇 月 〇 日				

※この用紙を切り取ってご使用ください。
キリトラシ線

一日人間ドック・生活習慣病ドック申請書

一日人間ドック	上部消化管		婦人科検診		
	X線	内視鏡	乳房X線	乳房超音波	子宮細胞診

生活習慣病ドック	上部消化管			婦人科検診		
	ABC検診	X線 40歳以上	内視鏡 40歳以上	乳房X線 40歳以上	乳房超音波	子宮細胞診

記号		フリガナ	
番号		受診者氏名	

生年月日	昭和 平成	年	月	日
------	----------	---	---	---

受診券送付先住所	〒	連絡先電話番号	
----------	---	---------	--

事業所名		担当者	
------	--	-----	--

事業所所在地	〒	事業所電話番号	
--------	---	---------	--

健診機関名	
-------	--

受診日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---



健康診査補助金申請書の記入方法

👉 補助金申請については **9ページ** をご覧ください

健診受診後、以下の書類に必要事項を記入し、当健保組合へ同封の返信用封筒で郵送で提出してください。

- 17ページ「健康診査補助金申請書」
- 健診結果表すべて(写)
- 健診費用領収書(写)
- 19ページ「特定健康診査等問診票」

⚠️ ご注意ください

- 健診費用領収書、健診結果表すべて(総合判定ではなく、受診項目のすべての検査数値が記載されたもの)は写しを提出してください。

被保険者(本人)氏名・生年月日・住所・連絡先
必須項目です。
事業所に勤務している本人(扶養している人)の情報
をご記入ください。

健康診査補助金申請書

記号	番号	被保険者(本人)氏名	生年月日
100	200000	市場 洋太	昭和・平成 50年 1月 1日
住所	〒 000 - 0000 ○○県○○市○○ ○-○-○		
連絡先 電話番号	000-0000-0000		
事業所名	○○○○○		

健診受診日	令和 6年 ○月 ○日
健診機関名	○○病院
健診コース	1. 人間ドック 2. 生活習慣病予防健診
健診費用	0,000 円(税込)
被扶養者(家族) が受診の場合	被扶養者(家族)氏名 生年月日 市場 洋子 昭和・平成 50年 7月 7日

* 補助金を事業所の口座に振り込む場合は、下段の「委任状」欄にも記入してください。

補助金振込先 (金融機関)	銀行・信用組合・信用金庫	支店
	普通預金・当座預金	口座番号 No. 0000000
*被保険者(本人) の口座をご記入 ください。	(フリガナ) イチバ ヨウタ	口座名義 市場 洋太
委任状	上記「健康診査補助金」の受領を(事業所名)に委任いたします。 委任者(被保険者)氏名 _____	

* 申請書には、①健診費用領収書(写) ②健診結果表(写) ③特定健康診査等問診票を添付してください。
なお、オプション検査費用は、補助金対象外となります。

常務理事	事務長	課長	保健師	係員	支給決定年月日	令和 年 月 日
					支給年月日	令和 年 月 日
					支給決定金額	円

この欄は組合記入欄です。
何も書かずに提出してください。

※この用紙を切り取ってご使用ください。

健康診査補助金申請書

記号	番号	被保険者(本人)氏名	生年月日
			昭和・平成 年 月 日
住所	〒 -		
連絡先 電話番号			
事業所名			

健診受診日	令和 年 月 日
健診機関名	
健診コース	1. 人間ドック 2. 生活習慣病予防健診
健診費用	円(税込)
被扶養者(家族) が受診の場合	被扶養者(家族)氏名 生年月日 昭和・平成 年 月 日

* 補助金を事業所の口座に振り込む場合は、下段の「委任状」欄にも記入してください。

補助金振込先 (金融機関)	銀行・信用組合・信用金庫		支店
	普通預金・当座預金	口座番号	No.
*被保険者(本人) の口座をご記入 ください。	(フリガナ)		
	口座名義		
委任状	上記「健康診査補助金」の受領を(事業所名)に委任いたします。 委任者(被保険者)氏名 _____		

* 申請書には、①健診費用領収書(写) ②健診結果表(写) ③特定健康診査等問診票を添付してください。
なお、オプション検査費用は、補助金対象外となります。

常務理事	事務長	課長	保健師	係員	支給決定年月日	令和 年 月 日
					支給年月日	令和 年 月 日
					支給決定金額	円

特定健康診査等問診票

(東京中央卸売市場健康保険組合)

記号	番号	フリガナ	生年月日
		受診者 氏名	昭和・平成 年 月 日

あてはまる番号に○印をつけてください。

質 問 項 目		回 答
現在、AからCの薬を飲んでいますか？		
1	A 血圧を下げる薬	1. はい 2. いいえ
2	B 血糖を下げる薬又はインスリン注射	1. はい 2. いいえ
3	C コレステロールや中性脂肪を下げる薬	1. はい 2. いいえ
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞など）にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか？	1. はい 2. いいえ
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞など）にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか？	1. はい 2. いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっていると言われたり、治療（人工透析など）を受けていますか？	1. はい 2. いいえ
7	医師から、貧血と言われたことがありますか？	1. はい 2. いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか？ ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と2を両方満たす者である 条件1：最近1ヶ月間吸っている 条件2：生涯で6ヶ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	1. はい（条件1と条件2を両方満たす） 2. 以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない（条件2のみ満たす） 3. いいえ（1, 2以外）
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか？	1. はい 2. いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか？	1. はい 2. いいえ
11	日常生活において、歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか？	1. はい 2. いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか？	1. はい 2. いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか？	1. 何でもかんで食べることができる 2. 歯や歯ぐき、かみ合わせなど気になる部分があり、かみにくいことがある 3. ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速いですか？	1. 速い 2. ふつう 3. 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか？	1. はい 2. いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか？	1. 毎日 2. 時々 3. ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか？	1. はい 2. いいえ
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか？ （※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者）	1. 毎日 2. 週5～6日 3. 週3～4日 4. 週1～2日 5. 月に1～3日 6. 月に1日未満 7. やめた 8. 飲まない（飲めない）
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか？ 日本酒1合（アルコール度数15度・180ml）の目安：ビール（同5度・500ml）、焼酎（同25度・約110ml）、ワイン（同14度、約180ml）、ウイスキー（同43度・60ml）、缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）	1. 1合未満 2. 1～2合未満 3. 2～3合未満 4. 3～5合未満 5. 5合以上
20	睡眠で休養が十分とれていますか？	1. はい 2. いいえ
21	運動や食生活などの生活習慣を改善してみようと思いませんか？ 1. 改善するつもりはない 2. 改善するつもりである。（概ね6ヶ月以内） 3. 近いうちに（概ね1ヶ月以内）改善するつもりであり、少しづつ始めている。 4. 既に改善に取り組んでいる。（6ヶ月未満） 5. すでに改善に取り組んでいる。（6ヶ月以上）	
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか？	1. はい 2. いいえ

※この問診票は、厚生労働省健康局作成の「標準的な質問票」に基づいて作成しております。

(申請書裏面)

※この用紙を切り取ってご使用ください。

📄 パート先などで健診を受診された方へ

～ 健診結果の当健保組合への提出にご協力ください～

当健保組合では、法律に則り、加入者様の健診結果を管理し、健保組合運営に生かしています。(当健保組合ホームページのデータヘルス計画をご参照ください)

また、健保組合から国への報告義務がありますので、パート先などで健診を受診された方は、健診結果の提出にご協力ください。

パート先などで健診を受診された方

パート先などで健診を受診し、当健保組合の健診を受診されない方は、その健診結果のすべてを当健保組合へご提出ください。郵送・FAX・Eメールで受け付けています。

郵 送：同封の返信用封筒で健診結果すべての写しを送付してください。

F A X：03-6636-6100へ健診結果すべてを送信してください。

Eメール：kenshin@ichibakenpo.jpへ健診結果すべての画像データ(写真でもかまいません)を添付して送信してください。

自費で健診を受診された方

健診結果をご提出いただくと、健診費用を補助できる場合があります。

特定健診Eコースの標準検査項目(8ページをご参照ください)を含んでおり、

- 上部消化管検査を実施していない

→ 当健保組合にお電話にてご連絡ください。申請の方法をご案内します。

TEL：03-6633-0711

- 上部消化管検査を実施している

→ 9ページの補助金申請手続きをすることで健診費用を補助します。

ご提出していただいた方には「健康年齢®通知」をプレゼントいたします。

※令和5年度の上記に当てはまる健診結果をお持ちの場合は、令和5年度の国への報告に利用しますので、令和6年9月30日(月)までに提出をお願いいたします。

(問診票裏面)



健診結果の有効活用を ～大切なのは受けたあと～

健診結果が届いても、放置しては受けたかないというもの。

健診結果が届いたら、基準値との照合や、前年度からの変化をご確認ください。

「要経過観察」「要再検査・要精密検査」「要治療」などの注意項目があったら、必ず判定に従ってください。



要経過観察の項目があったら

油断は禁物です

「異常ではないから」という油断は禁物です。喫煙・お酒の飲みすぎ・夜遅くの多食・塩分の摂りすぎ、運動不足など、生活習慣を見直すことで、異常値となる前に食い止められます。

要再検査・要精密検査の項目があったら

重い腰を上げて勇気を出して受診を

「自覚症状がないから」と放置せず、念のため、再検査やより詳しい検査を受けるために医療機関を受診してください。

何もなければひと安心。問題があっても早めに対処することができます。

要治療の項目があったら

かかりつけ医をつくり相談を

必ず、医療機関を受診してください。高血糖や脂質異常、高血圧なのに治療せずにいると、脳卒中や心臓病・腎不全など生活制限や後遺症が残る重病に進行する可能性があります。

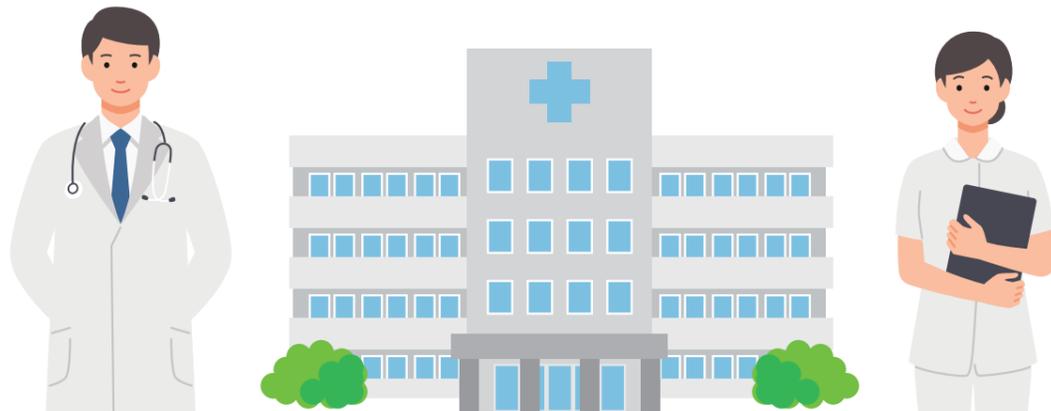
早めに治療に取り組みば重症化を防ぐことができますし、経過がよければ治療を終えることができます。

治療を中断している方は、一刻も早く再開を

中断期間が短いほど負担は軽い

何らかの理由で通院を中断してしまった方は、とても危険な状況です。

中断期間が短いほど、身体的・経済的にも軽く済みますので、一刻も早く、通院を再開してください。



特定保健指導について

～メタボ改善のための健康支援プログラム～

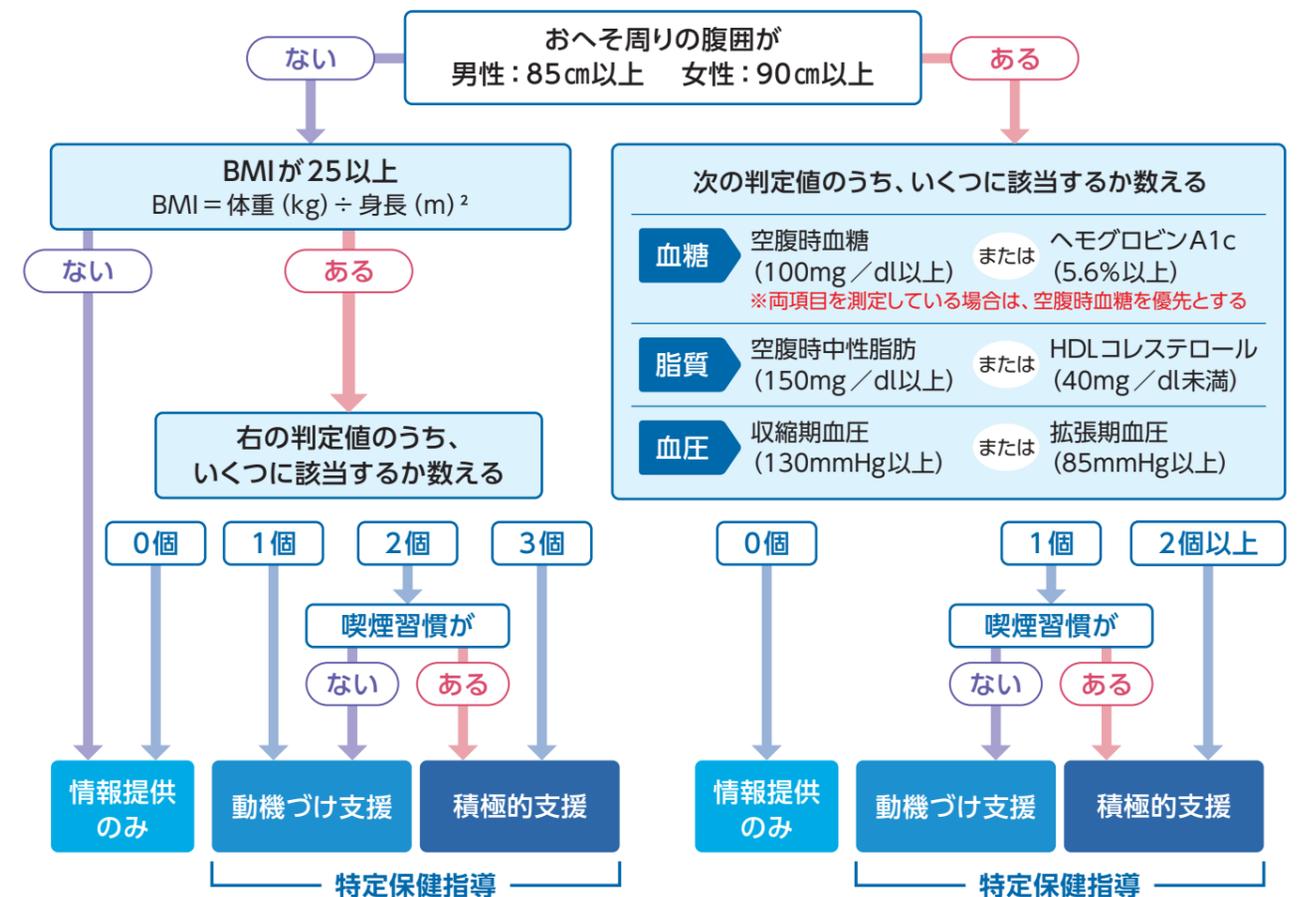
特定保健指導は、40歳以上の方の健診の結果により、内臓脂肪型肥満に起因する生活習慣病（メタボリックシンドローム）の発症リスクが高く、生活習慣の改善による効果が多く期待できると判定された方に対して行われる健康支援プログラムです。

下記の「動機付け支援」または「積極的支援」に該当した方に対して実施されます。

健康管理の専門家（保健師・管理栄養士など）があなたのライフスタイルに合わせた生活習慣改善プランを提案し、取り組みをサポートします。

10,000円～30,000円相当の健康支援プログラムを無料で受けることができます。

対象となる方



高血糖・脂質異常・高血圧について服薬治療中の方は特定保健指導の対象外です。

また、65歳以上の方は、積極的支援の対象となった場合でも動機づけ支援を行います。

受講するには

対象となった方には、当健保組合もしくは特定保健指導委託機関からご連絡します。

初回面談（対面もしくはリモート）と、Eメール・電話・手紙でのおよそ3か月間の健康支援プログラムです。

