

令和7年度 家族健診補助金のご案内（40歳以上）

- 《対象者》 令和7年4月1日時点で健康保険組合に加入していて、当該年度に40歳以上に達するご家族（被扶養者）
（昭和61年(1986年)3月31日以前生まれ）
※健診日に健康保険の資格がない方は対象外です。
※健康保険組合から案内した施設型の家族健診を受ける方は申請できません。
- 《受診期間》 令和7年4月1日～令和8年1月31日
- 《補助金額》 年度で1回 14,000円（税込）まで
- 《検査項目》 特定健診の検査項目 ※次ページ「特定健診とは」を参照。
特定健診の他に追加できる検査は心電図検査、胸部X線検査、特定健診の必須項目以外の血液検査や尿検査です。
乳がん検査・子宮がん検査・胃がん検査・腹部超音波・腫瘍マーカー等は補助金対象外です。
乳がん・子宮がん検査については、「乳がん・子宮がん検診補助金のご案内」を、
前立腺がん検査（PSA）については「前立腺がん検診補助金のご案内」をご覧ください
- 《受診方法》
- ・ご自身の都合のよい医療機関で、特定健診または特定健診を含む健康診断を、保険診療ではなく全額自費でお受けください。
 - ・特定健診の必須項目が足りない場合は不支給になる場合があります。特定健診を含むかどうかわからない場合は、事前に検査項目を確認した上でお受けください。
 - ・申請時に提出する健診結果表は、医療機関が発行する健診結果表の写しを提出してください。様式事01-4「特定健康診査受診結果表」は必須項目がすべて揃っているので、こちらを提出していただいても構いません。必要に応じてご使用ください。
 - ・人間ドック等を受けてもよいですが、その中に含まれている特定健診の検査項目の部分を補助の対象とさせていただきます。その場合は、受けた検査がすべて記載されている検査結果表の写しを提出してください。
- 《申請方法》
- 【社員（または雇員）の家族の場合】**
様式個04「家族健診補助金申請書」を記入のうえ、「領収書（原本）」「健診結果表(写)」を添付し、令和8年2月17日までに会社の担当者へ提出してください。プライバシーが気になる方は健診結果表を封筒に入れて封を閉じて提出してください。その場合は封筒に氏名と「健診結果在中」と記入してください。補助金は会社経由で給与に含めて支給されます。
- 【任意継続被保険者の家族の場合】**
様式個04「家族健診補助金申請書」を記入のうえ、「領収書（原本）」「健診結果表(写)」を添付し、令和8年2月27日までに健康保険組合へ提出してください。補助金は届出済みの銀行口座へ振込みます。
- 《その他》 特定健診結果より特定保健指導が必要と判断された方には、別途、特定保健指導（無料）の案内をさせていただきます。

特定健診とは

特定健診とは、健康保険法や高齢者の医療の確保に関わる法律等にもとづいて行われる内臓脂肪の蓄積に起因した生活習慣病に関する健康診査です。生活習慣病とは肥満、血糖高値、血圧高値、動脈硬化症から起こる虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病といった病気のことです。これらは特に自覚症状がないまま、いつの間にか病気が進行してしまう危険性があるため、毎年健診を受けてリスクを早期発見し、生活習慣病の予防・改善に向けて取り組むことが大切です。

家族健診として受けていただいた特定健診の結果はマイナポータルにおいて、ご自身のアカウントや、医療機関で閲覧できるようになります。

◆特定健診の必須項目(必ず受けてもらわないといけない項目です)

・身体計測	身長・体重・腹囲・BMI	
・問診	既往・現病の有無、有の場合は具体的な病名を記載 服薬(血圧・血糖・脂質) 喫煙 自覚症状の有無、有の場合は自覚症状所見を記載 他覚症状の有無、有の場合は他覚症状所見を記載(※2 参照)	} (※1 参照)
・血圧	収縮期血圧・拡張期血圧	
・脂質	空腹時中性脂肪(やむを得ない場合は随時中性脂肪でも可) ・HDLコレステロール・LDLコレステロール 採血時間が食後10時間以上経過したものは空腹時中性脂肪とする。採血時間が食後3.5時間から10時間未満、または食後3.5時間未満のものは随時中性脂肪とする。(※3 参照)	
・肝臓機能	GOT(AST)・GPT(ALT)・ γ -GT(γ -GPT)	
・血糖 (どちらか1つでも可)	空腹時血糖(やむを得ない場合は随時血糖でも可)・HbA1C 採血時間が食後10時間以上経過したものは空腹時血糖とする。採血時間が食後3.5時間から10時間未満のものは随時血糖とする。食後3.5時間未満のものは随時血糖とならないため、この場合は必ずHbA1Cを受けること。(※3 参照)	
・尿検査	尿糖・尿蛋白(※4 参照)	
・医師の判断	医師の診断(判定)	

<医療機関から発行された健診結果表を提出する場合の注意事項>

※1 医療機関からもらった健診結果表に、「既往・現病」「服薬」「喫煙」「自覚症状」が記載されていない場合は様式個04「家族健診補助金申請書」の問診欄に記載してください。

※2 「他覚症状」とは医師が認めた症状のことです。

※3 採血時間により検査項目の取り扱いが異なるため、次の①～③のいずれかに該当するか明確であること。

①空腹時：食後10時間以上、②随時：食後3.5時間～10時間未満、③随時：食後3.5時間未満

※4 慢性腎不全の方や生理中の方で「尿検査」が行うことができなかった場合は、「医師の判断(判定)」欄などに「尿検査」を行わなかった理由を記載してもらってください。

◆医師の判断で追加できる特定健診の検査項目

心電図検査、眼底検査、貧血検査(赤血球数、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値)、血清クレアチニン検査

◆当組合が補助するその他の検査項目

心電図検査、胸部X線検査、特定健診必須項目以外の血液検査、特定健診必須項目以外の尿検査

特定健康診査受診結果表

保険証 記号番号		生年 月日	昭和	年	月	日	
受診者 氏名		健診 年月日	令和	年	月	日	
問診 1) 次の項目について、特記事項はありますか							
既往・ 現病	あり ・ なし	「あり」の場合は 具体的に記述					
自覚症状	あり ・ なし	「あり」の場合は 所見を記述					
他覚症状	あり ・ なし	「あり」の場合は 所見を記述					
問診 2) 現在、医師の判断や治療のもとで、次の服薬をしていますか							
服薬	血圧を下げる薬	はい	・	いいえ			
	血糖を下げる薬またはインシュリン注射	はい	・	いいえ			
	コレステロールや中性脂肪を下げる薬	はい	・	いいえ			
問診 3) 現在、たばこを習慣的に吸っていますか							
喫煙	条件 [1]最近 1 ヶ月吸っている [2]生涯で 6 ヶ月間以上吸っている または合計 100 本以上吸っている	a はい([1][2]両方該当)					
		b 以前は吸っていたが、最近 1 ヶ月は吸っていない([2]のみ該当)					
		c いいえ(a、b 以外)					
項目		結果		項目		結果	
身体 計測	身長	cm		肝機能 検査	AST(GOT)	IU/L	
	体重	kg			ALT(GPT)	IU/L	
	腹囲	cm			γ-GT(γ-GTP)	IU/L	
	BMI			血糖 検査 (いずれか の実施でも 可)	a 空腹時血糖 食後 10 時間以上	mg/dl	
血圧	収縮期血圧	mmHg			b 随時血糖 食後 3.5 時間～10 時間未満	mg/dl	
	拡張期血圧	mmHg		ヘモグロビンA1C(NGSP 値)	mg/dl		
血中脂質 検査 <small>(食後採血時間 に該当する、a ～c欄のどれか に記入すること)</small>	a 空腹時中性脂肪 食後 10 時間以上	mg/dl		尿検査	糖	-・±・+・2+・3+	
	b 随時中性脂肪 食後 3.5 時間～10 時間未満	mg/dl			蛋白	-・±・+・2+・3+	
	c 随時中性脂肪 食後 3.5 時間未満	mg/dl		医師の 所見 (判定)			
	HDL-コレステロール	mg/dl					
	LDL-コレステロール	mg/dl					
Non-HDL コレステロール <small>(※条件によりLDL-コレステロールの代替可)</small>	mg/dl						
医療 機関	所在地 名称 医師名 TEL						

※LDL-コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上または食後採血の場合は Non-HDL コレステロールの測定に代えられる