

お客様各位

## 2026年度 全国健康保険協会【協会けんぽ】

### 全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診の予約について

平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます

当健診センターでは、2026年4月以降の健診予約を3月2日より開始する予定です

下記のコースより選択出来ます（年度年齢でご確認ください）

- ①一般健診 35歳以上の方（前年度からの変更なし）
- ②節目健診 40歳、45歳、50歳、55歳、60歳、65歳、70歳の方が対象  
（前年度までの付加健診と同内容）
- ③若年一般健診（**新設**） 20歳、25歳、30歳の方（一般健診から便・胃を抜いた内容）
- ④子宮頸がん検診 20歳以上の偶数年齢の女性（①②③に付けられるオプション）
- ⑤乳がん検診 40歳以上の偶数年齢の女性（①②に付けられるオプション）
- ⑥骨粗鬆症検診（**新設**） 40歳以上の偶数年齢の女性（ // ）
- ⑦人間ドック（**新設**） 35歳以上の方（④⑤⑥補助対象外）

※上記該当外の方は当院のコースをご利用下さい

#### 予約方法

- ① お手元に資格確認書（記号・番号が分かるもの）や協会けんぽより届いた書類などをご用意下さい
- ② 保険情報（保険記号・番号・保険者番号）、勤務先住所、電話番号、健診書類の発送先をお伝えください
- ③ お支払いについて確認します
- ④ 電話予約後に『健診申込書』のメールまたはFAX送信をお願いします  
『健診申込書』は【トップページ】または【受診の流れ】よりダウンロード出来ます  
検査項目及び料金、オプション検査などは【健診コース（料金案内）】をご確認ください
- ⑤ 複数名様で予約の場合はお電話にて承りますが、単独で予約の場合はweb予約も可能となりました

#### 胃カメラ検査について

胃カメラ検査を希望される場合、**一般健診受診の方の変更料 7,700円、人間ドック受診の方の変更料 5,500円**を頂いております。

鎮静剤使用希望の方は、更に 5,500円頂いております。

胃カメラ検査の予約枠には限りがございますので、ご希望に沿えない場合もございます。

#### 協会けんぽより

全ての検査項目を受けて頂くことで、費用補助の対象となります。

胃部検査等、一部の検査をご本人様の希望で拒否することは出来ません。

（当日の体調や医師の判断による未実施はこの限りではありません）

【ご予約・お問い合わせ】

江戸川メディケア病院 健診センター  
0120-74-1119(フリーダイヤル)  
TEL：03-3673-1045  
FAX：03-3673-1070

| 検査項目    |                         |       | 被保険者向けコース                                |                   |            |  | 被扶養者向けコース |             |               |
|---------|-------------------------|-------|--|-------------------|------------|--|-----------|-------------|---------------|
|         |                         |       | 一般健診※1                                   | 節目健診※2<br>(旧付加健診) | 人間ドック※1    | 一般健診若年※3<br>(20・25・30歳)                  | 特定健診      | 特定健診<br>プラス | 特定健診<br>差額ドック |
|         |                         |       | ¥5,500                                   | ¥2,780            | ¥19,000    | ¥2,500                                   | ¥0        | ¥12,485     | ¥36,850       |
| 基本測定・診察 | 身体測定（身長・体重・肥満度）         |       | ●  |                   | ●          | ●  | ●         | ●           |               |
|         | 血圧測定                    |       | ●  |                   | ●(2回測定平均値) | ●  | ●         | ●(2回測定平均値)  |               |
|         | 視力測定                    |       | ●  |                   | ●          |  | ●         | ●           |               |
|         | 腹囲                      |       | ●  |                   | ●          | ●  | ●         | ●           |               |
|         | 内科診察                    |       | ●  |                   | ●          | ●  | ●         | ●           |               |
| 生理機能検査  | 心電図（安静時12誘導）            |       | ●  |                   | ●          | ●  | ●         | ●           |               |
|         | 心拍数                     |       |  |                   | ●          |  |           | ●           |               |
|         | 眼底・眼圧（両眼）               |       |  | ◆                 | ●          |  |           | ●           |               |
|         | 聴力（1000Hz・4000Hz）       |       | ●  |                   | ●          |  | ●         | ●           |               |
|         | 肺機能検査(肺活量・%肺活量・1秒率・1秒量) |       |  | ◆                 | ●          |  |           | ●           |               |
|         | 腹部超音波検査(肝・胆・脾・腎・腹部大動脈)  |       |  | ◆                 | ●          |  |           | ●           |               |
| 画像      | 胸部X線（直接）                |       | ●（1方向）                                   |                   | ●（2方向）     | ●（1方向）                                   | ●         | ●（2方向）      |               |
|         | 胃部X線（直接）＜バリウム＞※4        |       | ●  |                   | ●          |  | ●         | ●           |               |
| 尿・便     | 尿糖・尿蛋白                  |       | ●  |                   | ●          | ●  | ●         | ●           |               |
|         | 尿潜血                     |       | ●  |                   | ●          |  | ●         | ●           |               |
|         | 尿ウロビリノーゲン・尿PH・尿比重       |       |  |                   | ●          |  |           | ●           |               |
|         | 尿沈渣                     |       |  | ◆                 | ●          |  | ●         | ●           |               |
|         | 便潜血（2回法）                | 大腸癌検査 | ●  |                   | ●          |  | ●         | ●           |               |
| 血液学検査   | 白血球数                    |       | ●  |                   | ●          |  | ●         | ●           |               |
|         | 赤血球数                    | 貧血検査  | ●  |                   | ●          |  | ●         | ●           |               |
|         | 血色素量                    |       | ●  |                   | ●          |  | ●         | ●           |               |
|         | ヘマトクリット                 |       | ●  |                   | ●          |  | ●         | ●           |               |
|         | MCV・MCH・MCHC            |       |  |                   | ●          |  |           | ●           |               |
|         | 血小板数                    |       |  | ◆                 | ●          |  |           | ●           |               |
|         | 血液像                     |       |  | ◆                 | ●          |  |           | ●           |               |
| 感染症血清学  | HBs抗原                   | 肝炎検査  | 補助の対象者 ¥540<br>(1回のみ実施可)<br>補助対象外 ¥1,914 |                   | ●          | 補助の対象者 ¥540<br>(1回のみ実施可)<br>補助対象外 ¥1,914 |           | ●           |               |
|         | HCV抗体                   |       | ●  |                   | ●          | ●  |           |             |               |
| 生化学検査   | CRP・RF・TP抗体             |       |  |                   | ●          |  |           | ●           |               |
|         | 血液型（初回）                 |       |  |                   | ●          |  |           | ●           |               |
|         | 総ビリルビン                  | 肝機能検査 |  | ◆                 | ●          |  |           | ●           |               |
|         | 総蛋白                     |       |  | ◆                 | ●          |  |           | ●           |               |
|         | アルブミン                   |       |  | ◆                 | ●          |  |           | ●           |               |
|         | A/G比                    |       |  |                   | ●          |  |           | ●           |               |
|         | AST（GOT）                |       | ●  |                   | ●          | ●  | ●         | ●           |               |
|         | ALT（GPT）                |       | ●  |                   | ●          | ●  | ●         | ●           |               |
|         | ALP                     |       | ●  |                   | ●          |  | ●         | ●           |               |
|         | LDH                     |       |  | ◆                 | ●          |  |           | ●           |               |
|         | γ-GTP                   |       | ●  |                   | ●          | ●  | ●         | ●           |               |
|         | 血清AMY                   |       | 腓機能検査                                    |                   | ◆          | ●  |           |             | ●             |
|         | 尿酸                      | 痛風検査  | ●  |                   | ●          |  | ●         | ●           |               |
|         | 尿素窒素                    | 腎機能検査 |  |                   | ●          |  |           | ●           |               |
|         | クレアチニン                  |       | ●  |                   | ●          |  | ●         | ●           |               |
|         | eGFR                    |       | ●  |                   | ●          |  | ●         | ●           |               |
|         | T-Cho                   |       | ●  |                   | ●          |  | ●         | ●           |               |
|         | HDL-Cho                 | 脂質検査  | ●  |                   | ●          | ●  | ●         | ●           |               |
|         | 中性脂肪                    |       | ●  |                   | ●          | ●  | ●         | ●           |               |
|         | LDL-Cho                 |       | ●  |                   | ●          | ●  | ●         | ●           |               |
|         | non HDL-Cho             |       | ●  |                   | ●          | ●  | ●         | ●           |               |
|         | 血糖（空腹時）                 |       | 糖代謝                                      | ●                 |            | ●  | ●         | ●           | ●             |
|         | HbA1c                   | ●     |  |                   | ●          | ●  | ●         | ●           |               |

※1 35歳以上の被保険者（毎年受診可能）

※2 40, 45, 50, 55, 60, 65, 70歳になる方が受けられる追加コースです ※3 35歳以下の被保険者の20, 25, 30歳になる方が受けられるコースです

※4 内視鏡検査に変更可（変更代及び受診条件あり） お電話にてお問い合わせください

## 女性向けオプション検査（費用補助対象：被保険者のみ）

|                         |                                      |        |                              |             |        |
|-------------------------|--------------------------------------|--------|------------------------------|-------------|--------|
| 乳がん検診 ※5<br>(マンモグラフィ検査) | 40歳以上 偶数年齢                           | ¥1,700 | 子宮がん検診 ※6<br>(子宮頸部細胞診・婦人科診察) | 20歳以上 偶数年齢  | ¥990   |
|                         | 50歳以上 偶数年齢                           | ¥980   |                              | 上記以外の方、被扶養者 | ¥3,850 |
|                         | 40歳未満                                | ¥5,500 |                              | 人間ドックの方     | ¥3,850 |
|                         | 上記以外の方、被扶養者                          | ¥5,500 | 骨粗鬆症検診<br>(腰椎・大腿骨・DXA法)      | 40歳以上の偶数年齢  | ¥1,390 |
|                         | 人間ドックの方                              | ¥5,500 |                              | 上記以外の方、被扶養者 | ¥8,800 |
|                         | ※マンモグラフィー／乳腺超音波(エコー)検査<br>どちらか選択できます |        |                              | 人間ドックの方     | ¥8,800 |

※5 2022年度より視触診検査廃止

※6 単独受診は、20～38歳の偶数年齢被保険者のみ可能です