各種健診のご案内

・令和 7 年度の変更箇所は**赤字**となっております。

東京広告業健康保険組合

目　　次

Ⅰ.被保険者の健診について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　1

Ⅱ.総合健診について

1．東振協(Ｂコース)の契約健診機関で受診する場合「固定施設」・・・・・　2

2．東振協(Ｂコース)の契約健診機関で「巡回健診」を実施する場合・・・　4

Ⅲ.東京都以外に勤務する方は以下の方法でも受診できます

1．直接契約健診機関で受診する　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　6

2．助成制度を利用する　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　8

Ⅳ.人間ドックについて　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　9

Ⅴ.肺がん健診について　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１１

Ⅵ.被扶養者の健診について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１２

Ⅶ.検査項目表

健診基本検査項目　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１３

「別紙１」Ⓑ．総合健診(東振協Ｂコース専用)申込書　・・・・・・・・・・・　１４

「別紙２」Ⓒ．総合健診(直接契約機関専用)申込書　・・・・・・・・・・・・　１６

「別紙３」Ⓓ．人間ドック・肺がん健診専用申込書　・・・・・・・・・・・・　１７

「別紙４－１」総合健診費用請求書(助成用)　・・・・・・・・・・・・・・・　１８

「別紙４－２」総合健診実施報告書(助成用)　・・・・・・・・・・・・・・・　１９

Ⅰ.被保険者の健診について

下表の健診を実施いたします。**申込書は受診日前に、事業所経由で当組合に提出してください。任意継続被保険者は直接当組合へ提出してください。**

健診の種類	対象者	実施時期	契約健診機関	一部負担金	受診回数
1. 総合健診 （東振協※Ｂコース等）	全被保険者	年間を通じて実施	当組合ホームページをご覧ください。	3,000 円	いずれかを年度内に１回限り
2. 人間ドック （半日・1日ドック）	35 歳（当年度内）以上の被保険者			12,000 円	
3. 肺がん健診	全被保険者		シーエスケー・クリニック 小川町メディカルクリニック 大阪府結核予防会	3,000 円	年度内に１回限り

※（一社）東京都総合組合保健施設振興協会の略称

【注意事項】

○総合健診については、**当組合と事業所（事業主）の共同事業**として実施いたします。

○総合健診・人間ドックの**いずれかを年度内（令和７年４月１日～令和８年３月 31 日）１回に限り費用補助**をいたします。**２回目以降の受診（重複受診）は全額自己負担となります。**

○婦人科検査をご希望の方は、総合健診（Ｐ8 助成制度の利用者は除く）又は人間ドックと一緒に受診してください。

○**年度内（令和７年４月１日～令和８年３月 31 日）40 歳～75 歳未満の方については、特定健診検査項目の受診を必須**とさせていただきます。１項目でも未受診項目がある場合は、費用補助が出来ませんのでご承知おきください。
（特定健診検査項目につきましては、Ｐ13　Ⅶ.「検査項目表」をご覧ください。）

○特定健診の健診結果を階層化し、「積極的支援」「動機付け支援」に該当した方につきましては、特定保健指導を実施いたします。
高齢者医療確保法では、40 歳～75 歳未満の被保険者及び被扶養者の方の特定健診・特定保健指導の実施率等により健康保険組合の高齢者医療の支援金の納付額が増減される仕組みとなっております。よって、皆さまが積極的に健診を受け、保健指導に取り組むことで組合財政の安定の一助となりますので、ご理解の程よろしくお願いいたします。

【個人情報について】

この事業遂行にあたり健診受診者の健診結果等の個人情報は、安全に管理し、個人情報の保護に努め、被保険者のみなさまの健康保持・増進のために行う健康指導及び健康相談の目的以外には使用せず、第三者に提供いたしません。

また、当組合の総合健診は、被保険者の健康管理を考える上で効率的、効果的に実施するため、各事業所（事業主）とともに、健診事業を共同で実施することになります。この総合健診は特定健康診査・労働安全衛生規則の項目を超える健診であり、**当組合及び事業主が全ての健診結果を取得（データの共有）することになりますので予めご承知おきください。**

Ⅱ．総合健診について

１．東振協（Ｂコース）の契約健診機関で受診する場合「固定施設」

（１）**対象者**

全被保険者

≪年度内に総合健診・人間ドックのいずれかを１回限り受診できます≫

（２）**事業主一部負担金及び請求時期**

○事業主一部負担金

受診者一人につき、3,000 円

お申込みいただいた事業所は、当組合との共同事業となるため、定期健康診断（労働安全衛生法が定める事業主の義務）の費用の一部としてお支払いいただきます。

○請求時期

受診から約 2～3 ヵ月後、東振協から当組合に受診者結果報告書が届き次第、随時、事業所あてに請求いたします。

支社別等、それぞれ分けての請求は出来ませんのでご了承ください。また、銀行振込みの場合の手数料は、貴事業所負担となります。

（３）**健診結果表について**

○個人結果表は、**受診日から約１ヵ月後**に健診機関より東振協を経由のうえ、事業所の個人あて（密封）に送付されます。

○事業所の控えとなる結果表については、**受診日から約 2～3 ヵ月後**となります。東振協から当組合を経由のうえ、事業主あてに送付いたします。

（４）**委託機関**

一般社団法人東京都総合組合保健施設振興協会

（５）**健診機関**

全国約 700 ヶ所の東振協契約健診機関（ホームページ参照）から選択してください。

当組合ホームページ上の「総合健診契約健診機関」は、当該年度 4 月 1 日に更新予定です。

（６）**申込方法**

① 東振協契約健診機関へ直接電話で予約をする。

「当組合名・東振協契約のＢコース」と必ず申し出て予約をしてください。

② 当健康保険組合へ申込書を受診日前に提出する。

予約が取れましたら、Ｐ14 別紙１ **「Ⓑ. 総合健診（東振協Ｂコース専用）申込書」を事業所経由で当組合に提出してください（1 健診機関につき１枚）。**

任意継続被保険者は直接当組合へ提出してください。

※ＦＡＸ誤送信防止のため、Ⓑ. 総合健診（東振協Ｂコース専用）申込書は、当組合窓口又は郵送でのご提出を推奨いたします。

※当組合ホームページよりエクセル形式にてダウンロードできます。受診者数が多い場合にご利用ください。

※支社・営業所が実施する場合は、本社を経由のうえ、ご提出ください。

※当組合から受診票の発行はありません。

（７）**案内書・検体容器**

申込み後、各健診機関より受診の案内書（受診票）、問診票、検体容器等が送付されます。

（８）**検査項目**

① 東振協Ｂコース基本項目（Ｐ13 Ⅶ.検査項目表の健診基本検査項目参照）

◇特定健診項目：内科診察、身体計測、肥満度、腹囲測定、血圧測定、血液検査、尿検査、問診票、心電図及び眼底検査（医師が必要と認めた場合のみ）

◇その他の項目：視力検査、聴力検査、胸部Ｘ線撮影、胃部Ｘ線撮影、便潜血検査

（年度内に 40 歳～75 歳未満の方は、特定健診検査項目は必須となります。

１項目でも未受診項目がある場合は、組合の補助対象外となります。

健診費用全額を事業主に請求いたしますのでご了承ください。）

② 希望者に対しての検査項目（予約時に健診機関にお申込みください）

○前立腺がん検査　…　45 歳以上の男性

○婦人科検査　　…　子宮細胞診（医師採取）、乳房視触診、乳房マンモグラフィー又は乳房エコーいずれか一つ選択

※婦人科検査を実施していない健診機関もありますので、当組合ホームページの「東振協契約健診機関」をご参照ください。

（９）**二次（精密）検査について**

二次（精密）検査に該当した場合、二次（精密）検査は保険診療扱いとなり、自己負担額（3 割）が発生しますので、受診の際は必ず保険証をお持ちください。

２．東振協（Ｂコース）の契約健診機関で「巡回健診」を実施する場合

（１）**対象者**

全被保険者　**≪年度内に総合健診・人間ドックのいずれかを１回限り受診できます≫**

（２）**実施条件**

次の①と②が共に該当する事業所が対象となります。

① **１日の実施人数が 50 名以上**とする。

（他事業所と合同で実施する場合は、合算で 1 日あたり 50 名以上であれば可能です。）

②健診車の駐車場（大型バス 2 台分）又は路上駐車（警察の許可が必要）が可能な事業所。

場所によって、警察の道路使用許可が下りず路上駐車による巡回ができない場合がありますので、あらかじめ所轄の警察で確認して申込みをしてください。

（３）**事業主一部負担金及び請求時期**

○事業主一部負担金

受診者一人につき、3,000 円

お申込みいただいた事業所は、当組合との共同事業となるため定期健康診断（労働安全衛生法が定める事業主の義務）の費用の一部としてお支払いいただきます。

○請求時期

受診から約 2～3 ヵ月後に、東振協から当組合に受診者結果報告書が届き次第、事業所あてに請求いたします。支社別等、それぞれ分けての請求は出来ませんのでご了承ください。また、銀行振込みの場合の手数料は、貴事業所負担となります。

（４）**健診結果表について**

○個人結果表は、**受診日から約１ヵ月後**に健診機関より東振協を経由のうえ、事業所の個人あて（密封）に送付されます。

○事業所の控えとなる結果表については、**受診日から約 2～3 ヵ月後**になります。東振協から当組合を経由のうえ、事業主あてに送付いたします。

（５）**委託機関**

一般社団法人東京都総合組合保健施設振興協会

（６）**申込方法**

① **東振協契約健診機関（巡回欄に○のある健診機関）へ直接電話で予約をする。**

「**当組合名・東振協契約のＢコースの巡回健診**」と必ず申し出て予約をしてください。

当組合ホームページ「総合健診契約健診機関」は当該年度 4 月 1 日に更新予定です。

② 当健康保険組合へ申込書を受診日前に提出する。

受診日が決まり次第、P14 別紙 1 **「Ⓑ. 総合健診（東振協Ｂコース専用）申込書」を事業所経由で当組合に提出してください（１健診機関につき１枚）。**

任意継続被保険者は直接当組合へ提出してください。

※ＦＡＸ誤送信防止のため、Ⓑ. 総合健診（東振協Ｂコース専用）申込書は、当組合窓口又は郵送でのご提出を推奨いたします。

※当組合ホームページよりエクセル形式にてダウンロードできます。受診者数が多い場合にご利用ください。

※支社・営業所が実施する場合は、本社を経由のうえ、ご提出ください。

※当組合から受診票の発行はありません。

（７）**案内書・検体容器**

申込み後、各健診機関より受診の案内書（受診票）、問診票、検体容器等が送付されます。

（８）**検査項目**

①東振協Ｂコース基本項目（P13 Ⅶ.検査項目表の健診基本検査項目参照）

◇特定健診項目：内科診察、身体計測、肥満度、腹囲測定、血圧測定、血液検査、尿検査、問診票、心電図及び眼底検査(医師が必要と認めた場合のみ)

◇その他の項目：視力検査、聴力検査、胸部Ｘ線撮影、胃部Ｘ線撮影、便潜血検査

（年度内に 40 歳～75 歳未満の方は、特定健診検査項目は必須となります。
１項目でも未受診項目がある場合は、組合の補助対象外となります。
健診費用全額を事業主に請求いたしますのでご了承ください。）

②希望者に対しての検査項目（予約時に健診機関にお申し込みください）

○前立腺がん検査　…　45 歳以上の男性

○婦人科検査　…　子宮細胞診（医師採取）、乳房視触診、乳房マンモグラフィー又は乳房エコーいずれか一つ選択

※婦人科検査は、基本的には後日、巡回健診を行った健診機関の固定施設で受診していただくこととなりますが、婦人科検査を実施していない健診機関もございます。当組合ホームページ上の「東振協契約健診機関」をご参照ください。

（９）**二次（精密）検査について**

二次（精密）検査に該当した場合、二次（精密）検査は保険診療扱いとなり、自己負担額（3 割）が発生しますので、受診の際は必ず保険証をお持ちください。

Ⅲ． 東京都以外に勤務する方は、以下の方法でも受診できます

次の 1．2 のいずれかの実施方法を選択してください。

1．直接契約健診機関（4 機関）で受診する
2．助成制度（償還払い）を利用する

1．直接契約健診機関で受診する

当組合と直接契約している下記の 4 健診機関において、「生活習慣病健診」を受診される方は、「総合健診」として取扱いいたします。

また、**40 歳～75 歳未満の方は、特定健診検査項目を全て受診していただくことが条件**となります。**1 項目でも未受診項目がある場合は共同事業の対象とはなりません。**

直接契約健診機関名	所　在　地	電話番号
新潟南病院	新潟県新潟市女池神明 1-7-1	025-284-2511
中通健康クリニック	秋田県秋田市南通みその町 4-17	018-831-6119
中日病院	愛知県名古屋市中区丸ノ内 3-12-3	052-961-2496
関西労働保健協会 アクティ健診センター	大阪府大阪市北区梅田 3-1-1	06-6345-2210

（1）**対象者**

勤務地が東京都以外の被保険者

≪年度内に総合健診・人間ドックのいずれかを 1 回限り受診できます≫

（2）**申込方法**

① **直接契約健診機関へ直接電話で予約をする。**

「当組合名」を必ず申し出て予約をしてください。

② **当健康保険組合へ申込書を受診日前に提出する。**

予約が取れましたら、P16 別紙 2 **「Ⓒ. 総合健診（直接契約機関専用）申込書」に利用者負担金 3,000 円を添えて、事業所経由で当組合に提出してください（ＦＡＸ不可）。任意継続被保険者は直接当組合へ提出してください。**

※受診の際に受診票が必要になります。

申込書、利用者負担金の入金を確認できましたら「受診票」を発行いたします。

受診日前に手続きをして受診票を取得してください。

（３）**検査項目**

◇特定健診項目：内科診察、身体計測、肥満度、腹囲測定、血圧測定、血液検査、尿検査、問診票、心電図及び眼底検査(医師が必要と認めた場合のみ)

◇その他の項目：視力検査、聴力検査、胸部Ｘ線撮影、胃部Ｘ線撮影、便潜血検査

（年度内に 40 歳～75 歳未満の方は、特定健診検査項目は必須となります。
1 項目でも未受診項目がある場合は、組合の補助対象外となります。
健診費用全額を事業主に請求いたしますのでご了承ください。）

○希望者に対しての検査項目（予約時に健診機関にお申し込みください）
婦人科検査　…　子宮細胞診・乳房視触診

（４）**健診結果表について**

直接契約健診機関での受診に関しては、個人結果表は個人あてに通知されますが、**事業主（事業所）に対する健診結果報告の通知はありません。**事業主（事業所）は、受診者から個人結果表のコピーを取得してください。

（５）**二次(精密)検査について**

二次(精密)検査に該当した場合、二次(精密)検査は保険診療扱いとなり、自己負担額(3 割)が発生しますので、受診の際は必ず保険証をお持ちください。

2. 助成制度を利用する

東京都以外に勤務する被保険者の方が、事業所所在地近辺に東振協・直接契約健診機関がなく、**やむを得ず日本国内の他の健診機関等で受診**されたときは、償還払いによる助成をいたします。

また、健診機関等で労働安全衛生法に定める健康診断（特定健診を含む）を受けた場合は、健診の総称にかかわらず助成の対象となり、**健診費用から一部負担金 3,000 円を控除し、最高限度として、9,200 円**を助成いたします。

助成制度の対象期間は、令和７年４月１日～令和８年３月 31 日までとしますが、請求期限は**令和８年４月３日(金)必着**となります。

（1）対象者

事業所近辺に東振協・直接契約健診機関がなく、東京都以外に勤務する方
≪年度内に総合健診・人間ドックのいずれかを１回限り受診できます≫

（2）検査項目について

下記の検査項目に対して、助成いたします。

◇特定健診検査項目：内科診察、身体計測、肥満度、腹囲測定、血圧測定、血液検査、尿検査、問診票、心電図及び眼底検査(医師が必要と認めた場合のみ)

◇その他の項目：視力検査、聴力検査、胸部Ｘ線撮影、胃部Ｘ線撮影、便潜血検査
(年度内に 40 歳～75 歳未満の方は、特定健診検査項目を全て受診していただくことが条件となります。１項目でも未受診項目がある場合は、助成制度の対象とはなりません。)

（3）健診費用の請求

以下の５点を揃えて、当組合にご請求ください。

① 総合健診費用請求書Ｐ18 別紙 4-1
② 総合健診実施報告書(助成用) Ｐ19 別紙 4-2
③ 個人結果表（コピー可）
④ 領収書原本及び領収内訳書
⑤【40 歳～75 歳未満の方】健診結果電子データ
健診機関より特定健診標準的電子フォーマットＸＭＬ形式（ＣＤ-Ｒ等の電子媒体）で必ず受理して、ご提出ください)。電子データ作成料金が発生する場合は、事前に当組合にご連絡ください。
なお、電子媒体による提出が不可能な場合は、特定健診質問票（22 項目）の写しを添付してください。

（4）二次(精密)検査について

二次(精密)検査に該当した場合、二次(精密)検査は保険診療扱いとなり、自己負担額(3 割)が発生しますので、受診の際は必ず保険証をお持ちください。

Ⅳ．人間ドックについて

総合健診より検査項目が多く、より充実した健診となります。検査項目は日本人間ドック学会で基本として示されている項目をベースに契約をしておりますが、各健診機関によって検査項目は異なります。

（１）**対象者**

当組合の 35 歳（年度内）以上の被保険者

≪年度内に総合健診・人間ドックのいずれかを１回限り受診できます≫

（２）**利用者負担金**

12,000 円

◇契約外の検査項目は受診者負担となります。受診当日に健診機関へお支払いください。

（３）**申込方法**

① 健診機関へ直接電話で予約をする。

〇直接契約健診機関の場合

契約健診機関に直接電話でお申込みください。

「当組合名」を必ず申し出て予約をしてください。

〇健保連指定健診機関の場合

健保連指定健診機関に直接電話でお申込みください。

「当組合名・健保連指定の１日（日帰り）人間ドック」と必ず申し出て予約をしてください。

② 当健康保険組合へ申込書を受診日前に提出する。

予約が取れましたら、Ｐ17 別紙 3 **「Ⓓ. 人間ドック・肺がん健診専用申込書」に利用者負担金 12,000 円を添えて、受診日前に事業所経由で当組合に提出してください（ＦＡＸ不可）。任意継続被保険者は、直接当組合へ提出してください。**

※受診の際に受診票が必要になります。

申込書、利用者負担金の入金を確認できましたら「受診票」を発行いたします。

受診日前に手続きをして受診票を取得してください。

（４）**健診機関**

直接契約 130 ヶ所、健保連指定約 700 ヶ所（ホームページ参照）から選択してください。

★当組合ホームページの健診機関の更新予定日

「直接契約健診機関」は、当該年度 4 月 1 日に更新予定

「健保連指定健診機関」は、当該年度 4 月中旬(※)に更新予定

※更新日は、Ｎｅｗｓ＆Ｔｏｐｉｃｓにてご案内いたします。

（５）**健診結果表について**

人間ドックについては、共同事業ではないため、**事業所に対する健診結果報告の通知はありません。**必要な場合は、受診者の同意を得たうえで受診者から個人結果表のコピーを取得してください。

（６）**案内書・検体容器**

申込み後、各健診機関より受診の案内書(受診票)、問診票、検体容器等が送付されます。ドック当日は当組合発行の受診票を健診機関窓口にご提出ください。

（７）**検査項目**

①各健診機関によって異なりますが、人間ドック学会基本項目（Ｐ13 Ⅶ.検査項目表の健診基本検査項目参照）を基準とし行います。

(年度内に 40 歳～75 歳未満の方は、特定健診検査項目を全て受診していただくことが条件となります。1 項目でも未受診項目がある場合は、費用補助が出来ませんので、ご承知おきください。)

②希望者に対しての検査項目（予約時に健診機関にお申し込みください）

婦人科検査（子宮細胞診、乳房視触診、乳房マンモグラフィー又は乳房エコー)、

その他**（健診機関により契約内容が異なり、契約していない項目もあります。当組合ホームページ又は健診機関にてご確認ください。）**

（８）**二次(精密)検査について**

二次(精密)検査に該当した場合、二次(精密)検査は保険診療扱いとなり、自己負担額(3 割)が発生しますので、受診の際は必ず保険証をお持ちください。

Ⅴ.肺がん健診について

契約健診機関

健診機関名	所在地	電話番号
シーエスケー・クリニック	東京都港区新橋 1-13-12	03-5157-5121
小川町メディカルクリニック	東京都千代田区神田小川町 2-12	03-5848-4355
大阪府結核予防会	大阪府大阪市中央区道修町 4-6-5	06-6345-2210

（１）**対象者**

当組合の被保険者

≪年度内に１回限り受診できます≫

（２）**利用者負担金**

3,000 円

（３）**申込方法**

① 健診機関へ直接電話で予約をする。

契約健診機関に直接電話でお申込みください。

「当組合名」を必ず申し出て予約をしてください。

② 当健康保険組合へ申込書を受診日前に提出する。

予約が取れましたら、Ｐ17 別紙３**「Ⓓ. 人間ドック・肺がん健診専用申込書」に利用者負担金 3,000 円を添えて、受診日前に事業所経由で当組合に提出してください（ＦＡＸ不可）。任意継続被保険者は、直接当組合へ提出してください。**

※受診の際に受診票が必要になります。

申込書、利用者負担金の入金を確認できましたら「受診票」を発行いたします。

受診日前に手続きをして受診票を取得してください。

（４）**健診結果表について**

肺がん健診については、共同事業ではないため、**事業主（事業所）に対する健診結果報告の通知はありません。**必要な場合は、受診者の同意を得たうえで受診者から個人結果表のコピーを取得してください。

（５）**検査方法**

胸部ＣＴ検査

Ⅵ.被扶養者の健診について

当組合では、被扶養者に対しても手厚い健診を実施しており、年度内にいずれかを年１回限り受診できますので、被扶養者の方々に周知していただきますよう、お願いいたします。詳細については、ホームページをご覧ください。

<table>
<tr><th>健診の種類</th><th>対象者</th><th>実施時期</th><th>契約健診機関等</th><th>一部負担金</th><th>受診回数</th></tr>
<tr><td>人間ドック
（半日･1 日ドック）</td><td>35 歳（当年度内）
以上の被扶養者</td><td rowspan="2">年間を通じて
実施</td><td rowspan="2">申込方法･契約健診機関につきましては、当組合ホームページをご覧ください。</td><td>12,000 円</td><td rowspan="3">いずれかを
年度内に
１回限り</td></tr>
<tr><td>被扶養者健診
（東振協Ａ２コース）</td><td>18 歳（当年度内）
以上の被扶養者</td><td rowspan="2">な し</td></tr>
<tr><td>巡回主婦健診
（東振協Ｃ３コース）</td><td>被扶養者である妻</td><td>春季･秋季</td><td>実施の段階で「すこやかファミリー」にてご案内いたします。</td></tr>
</table>

Ⅶ.検査項目表

健診基本検査項目

項　　目	検　査　内　容	全国 東振協Ｂコース	東京都外 助成制度 (以下の項目)	特定健診 項目	労働安全 衛生項目	人間ドック学会 基本項目
身体計測	身長	○	○	○	□	○
	体重	○	○	○	○	○
	標準体重	○	○	○	○	○
	ＢＭＩ	○				○
	肥満度	○	○	○	○	○
	腹囲	○	○	○	●	○
	視力検査(矯正)	○	○		○	○
	血圧測定	○	○	○	○	○
	内科診察	○	○	○	○	○
	問診	○	○	○	○	○
	呼吸機能検査、心拍数					○
尿検査	糖	○	○	○	○	○
	蛋白	○	○	○	○	○
	潜血	○				○
	ＰＨ，沈査、比重					○
胸部Ｘ線撮影	直接撮影又は間接撮影、デジタル撮影	○	○		○	○
喀痰細胞診			□		□	
肺機能検査	スパイロメーター					○
聴力測定	簡易法(1000Hz・4000Hz)	○	○		○	○
眼底撮影	無散瞳眼底カメラ	○	□	□		○
心電図検査	標準12誘導	○	○	□	●	○
脂質検査	HDL-CHO(HDL-ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ)	○	○	○	●	○
	LDL-CHO(LDL-ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ)	○	○	○	●	○
	TG（中性脂肪）	○	○	○	●	○
	TC（総ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ）	○	○	○	●	○
肝機能検査	AST（GOT）	○	○	○	●	○
	ALT（GPT）	○	○	○	●	○
	γ-GT（γ-GTP）	○	○	○	●	○
	ALP（ｱﾙｶﾘﾎｽﾌｫﾀｰｾﾞ）	○				○
	TP（総ﾀﾝﾊﾟｸ）、ｱﾙﾌﾞﾐﾝ					○
腎機能検査	CRE（ｸﾚｱﾁﾆﾝ）	○				○
	eGFR	○		○		○
	UA（尿酸）	○				○
糖尿病検査	FBS（空腹時血糖）	○	■	■	■	○
	HbA1c(ﾍﾓｸﾞﾛﾋﾞﾝA1c)	○	■	■	■	○
貧血検査	RBC（赤血球数）	○	●	□	●	○
	WBC（白血球数）	○				○
	Hb（血色素測定・ﾍﾓｸﾞﾛﾋﾞﾝ値）	○	●	□	●	○
	Ht（ヘマトクリット値）	○	□	□		○
	PLT（血小板）	○				○
	MCV・MCH・MCHC	○				○
感染症検査	CRP、血液型（ABO,Rh),梅毒反応、Hbs抗原					○
消化器Ｘ線撮影	直接撮影又は間接撮影、デジタル撮影	○	○			○
大腸癌検査	便潜血反応検査(1回法)	２回法	○			２回法
婦人科検査	子宮細胞診	※				
	乳房視触診	※				
	乳房エコー又はマンモグラフィー	※				
前立腺検査	ＰＳＡ（当該年度４５歳以上の男性希望者のみ）	※				
腹部超音波						○

○･･･必須項目　　□･･･医師の判断に基づき選択的に実施する項目　　■･･･いずれかの項目の実施でも可

●･･･35歳及び40歳以上の者については必須項目。それ以外の者については医師の判断に基づき選択的に実施する項目

※･･･希望者に対して実施する項目（事前申込必要）

別紙１

※予約後、受診日前までに必ずご提出ください。
※提出方法については、当組合窓口、又は郵送を推奨いたします。

常務理事	事務局長	課　長	係　長	担当者

東京広告業健康保険組合 御中

事業所記号

事業所名称

Ⓑ.　総合健診（東振協Bコース専用）申込書

以下内容で、総合健診（東振協Bコース）を予約したため、申込いたします。

［ 区分及び実施方法は該当の番号を選択してください。 ］

本社・支社の区分	1. 本社 2. 支社 （　　支社・営業所）	担当者名	
所 在 地		電話番号	（　　）
受診日（予約日）	自　　年　　月　　日　～　至　　年　　月　　日		
健診機関名（東振協契約機関名）	健診機関コード（　　）	実施方法	1. 固定施設 2. 巡回

受　診　者　名　簿　　（ 計　　名 ）

保険証番号	被保険者氏名	年齢	保険証番号	被保険者氏名	年齢

個人情報について

健康保険組合は健診結果に基づく事後指導を効果的に行うため、健診機関から全ての検査項目の個人結果を取得することになりますので予めご了承ください。
この申込書に記載のある受診者に係る保有した個人情報は、個人情報の保護に努め、安全に保管し、皆様の健康の保持・増進のために行う健康指導、健康相談の目的以外には使用いたしません。

注　意　○本書は、東振協契約健診機関で総合健診（東振協Bコース）を予約後、当組合に必ず受診日前に提出してください。
○個人成績表は、受診後に委託健診機関より東振協を経由のうえ、事業所の個人宛（密封)に送付いたします。
また、事業所の控えとなる結果一覧表は東振協から当組合を経由の上、事業主宛に送付いたします（受診から約2～3ヵ月後）。
○事業主一部負担金については、東振協から当組合に受診者結果報告書が届き次第、事業所あてに請求書を送付いたします。

R3.4.1改訂

受 診 者 名 簿　　≪ 続紙 ≫

保険証番号	被保険者氏名	年齢	保険証番号	被保険者氏名	年齢

別紙２

常務理事	事務局長	課　長	係　長	扱　者

※予約後、受診日前までに必ず提出してください。

東京広告業健康保険組合 御中

事業所記号

事業所名

事務担当者

電　　話　　（　　）

Ⓒ．総合健診(直接契約機関専用）申込書

直接契約機関

1.中通健康クリニック　2.新潟南病院　3.中日病院
4.関西労働保険協会（アクティ健診センター）

合計	@3,000円×　名 ¥

銀行振込予定日	※振込の場合は必須です。振込予定日は当組合に本書が到達後としてください。

保険証番号	続柄	利用者氏名	性別	受付番号（記入不要）	
	本人	フリガナ		健診機関	
自宅住所	〒			受診日（予約）	年　月　日
電　話	（　）	生年月日	S H 年　月　日	才	コース　総合健診（直接契約）

保険証番号	続柄	利用者氏名	性別	受付番号（記入不要）	
	本人	フリガナ		健診機関	
自宅住所	〒			受診日（予約）	年　月　日
電　話	（　）	生年月日	S H 年　月　日	才	コース　総合健診（直接契約）

保険証番号	続柄	利用者氏名	性別	受付番号（記入不要）	
	本人	フリガナ		健診機関	
自宅住所	〒			受診日（予約）	年　月　日
電　話	（　）	生年月日	S H 年　月　日	才	コース　総合健診（直接契約）

保険証番号	続柄	利用者氏名	性別	受付番号（記入不要）	
	本人	フリガナ		健診機関	
自宅住所	〒			受診日（予約）	年　月　日
電　話	（　）	生年月日	S H 年　月　日	才	コース　総合健診（直接契約）

保険証番号	続柄	利用者氏名	性別	受付番号（記入不要）	
	本人	フリガナ		健診機関	
自宅住所	〒			受診日（予約）	年　月　日
電　話	（　）	生年月日	S H 年　月　日	才	コース　総合健診（直接契約）

※「各種健診のご案内」の内容を承諾のうえ申請してください。なお、「各種健診のご案内」は、当組合ホームページに掲載しております。
URL　http://www.adkenpo.or.jp/

個人情報について

健康保険組合は、健診結果に基づく事後指導を効果的に行うため、健診機関から全ての検査項目の個人結果を取得することになります。
本書の受診者個人情報は、保護及び安全に保管し、皆さまの健康の保持・増進のために行う保健指導、健康相談の目的以外には使用いたしません。

健診についてのお問合せ　健康管理課：TEL　03-6226-4530

R5.7.1改訂

別紙 3

常務理事	事務局長	課　長	係　長	扱　者

※予約後、受診日前までに必ず提出してください。

東京広告業健康保険組合 御中

事業所記号

事業所名

事務担当者

電　　話　　（　　）

Ⓓ. 人間ドック・肺がん健診専用　申込書

1. 人間ドック　@12,000 ×　　名　＝　¥
2. 肺がん健診　@ 3,000 ×　　名　＝　¥

※肺がん健診を受診できるのは、シーエスケー・クリニック、小川町メディカルクリニック、大阪府結核予防会の3機関のみです。

合計	¥

銀行振込予定日	※振込の場合は必須です。振込予定日は当組合に本書が到達後としてください。

［続柄・性別・コース欄はリストからお選びください。］

保険証番号	続柄	利用者氏名	性別	受付番号（記入不要）	
		フリガナ		健診機関	
自宅住所	〒			受診日（予約）	年　月　日
電　話	（　）	生年月日	S H　年　月　日	才	コース

保険証番号	続柄	利用者氏名	性別	受付番号（記入不要）	
		フリガナ		健診機関	
自宅住所	〒			受診日（予約）	年　月　日
電　話	（　）	生年月日	S H　年　月　日	才	コース

保険証番号	続柄	利用者氏名	性別	受付番号（記入不要）	
		フリガナ		健診機関	
自宅住所	〒			受診日（予約）	年　月　日
電　話	（　）	生年月日	S H　年　月　日	才	コース

保険証番号	続柄	利用者氏名	性別	受付番号（記入不要）	
		フリガナ		健診機関	
自宅住所	〒			受診日（予約）	年　月　日
電　話	（　）	生年月日	S H　年　月　日	才	コース

保険証番号	続柄	利用者氏名	性別	受付番号（記入不要）	
		フリガナ		健診機関	
自宅住所	〒			受診日（予約）	年　月　日
電　話	（　）	生年月日	S H　年　月　日	才	コース

※「各種健診のご案内」の内容を承諾のうえ申請してください。なお、「各種健診のご案内」は、当組合ホームページに掲載しております。
URL　http://www.adkenpo.or.jp/

個人情報について

健康保険組合は、健診結果に基づく事後指導を効果的に行うため、健診機関から全ての検査項目の個人結果を取得することになります。
本書の受診者個人情報は、保護及び安全に保管し、皆さまの健康の保持・増進のために行う保健指導、健康相談の目的以外には使用いたしません。

健診についてのお問合せ　健康管理課：TEL　03-6226-4530

R3.4.1改訂

別紙 4-1

総合健診費用請求書
（助成用）

請　求　金　額	
実　　施　　日	自　　年　　月　　日 ～ 至　　年　　月　　日
本社・支社の区分	1.本社 2.支社（　　支社・営業所）

（実施項目・人数・費用）

検　査　内　容	人数	実際にかかった費用		助　成　額	
		単価	計	単価	計
特定健診項目(問診･身体計測(腹囲含む)･血圧･尿・血液・心電図・眼底) 視力・聴力・胸部Ｘ線・胃部Ｘ腺・便潜血					
特定健診項目(問診･身体計測(腹囲含む)･血圧･尿・血液・心電図・眼底) 視力・聴力・胸部Ｘ線・胃部Ｘ腺・便潜血					
特定健診項目(問診･身体計測(腹囲含む)･血圧･尿・血液・心電図・眼底) 視力・聴力・胸部Ｘ線・胃部Ｘ腺・便潜血					
特定健診項目(問診･身体計測(腹囲含む)･血圧･尿・血液・心電図・眼底) 視力・聴力・胸部Ｘ線・胃部Ｘ腺・便潜血					
特定健診項目(問診･身体計測(腹囲含む)･血圧･尿・血液・心電図・眼底) 視力・聴力・胸部Ｘ線・胃部Ｘ腺・便潜血					
実施人数　　計　　人		合計　　円 （消費税含む）		合計　　円	

上記のとおり請求します。
年　　月　　日

事業所記号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業所名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業主名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

東京広告業健康保険組合　御中

個人情報について　この総合健診費用請求書に記載されている事項並びに添付書類の実施報告書・個人結果表の受診者に係る保有した個人情報は、個人情報の保護に努め、安全に保管し、皆様の健康の保持・増進のために行う健康指導、健康相談の目的以外には使用いたしません。

記入上の注意

○実施報告書・領収書（原本）及び領収内訳書・健診機関発行の結果表(コピー可)・40 歳～75 歳未満の方は特定健診標準的電子フォーマット XML 形式（FD 又は CD)もしくは特定健診質問票(22 項目)の写しを添付してください。

○検査内容の欄は、その実施した検査に○をしてください。

○身体計測は、身長・体重・腹囲等、血液検査は、脂質・肝機能・腎機能・糖尿病・貧血検査等です。

R4.3.1 改訂

別紙 4-2

総合健診実施報告書
（助成用）

実　施　日	自　　年　　月　　日 ～ 至　　年　　月　　日
実施健診機関名	
本社・支社の区分	1.本社 2.支社（　　支社・営業所）

実施者名・健診項目・費用の内訳

保険証番号	被保険者名	年齢	特定健診検査項目						その他の検査項目					費　用
			身体計測	血圧	尿検査	血液検査	心電図	眼底検査	視力	聴力	胃部X線	胸部X線	便潜血	
実施人数　　計　　人			費用　合計　　円 （消費税含む）											

上記のとおり実施しましたので報告します。

年　　月　　日

事業所記号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業所名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業主名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

東京広告業健康保険組合　御中

記入上の注意事項

○実施人数が多く書ききれない場合は続紙に記入してください。

○検査項目は実施した項目に○をしてください。

R4.3.1 改訂

総合健診実施報告書
（助成用）

（続　紙）

実　施　日	自　　年　　月　　日 ～ 至　　年　　月　　日
実施健診機関名	
本社・支社の区分	1.本社 2.支社（　　支社・営業所）

実施者名・健診項目・費用の内訳

保険証番号	被保険者名	年齢	特定健診検査項目						その他の検査項目					費　用
			身体計測	血圧	尿検査	血液検査	心電図	眼底検査	視力	聴力	胃部X線	胸部X線	便潜血	

R4.3.1 改訂