



## 『家族健診』のご案内

## 春のご案内

病気の早期発見、ご自身の健康維持・管理のため、  
健康診断は必ず受診しましょう！



今年度の「家族健診」の募集を行いますので、この機会にぜひ、お申込み下さい。

### (お願い！)

\* 新型コロナウイルス等感染症の予防について

- ・当家族健診では、引き続き**マスクの着用**をお願いしておりますのでご協力ください。
- ・当日**検温**を実施します。**37.5度以上の方は受診できません。**  
また、体調不良の方は日程の変更やキャンセルのご連絡を、下記「5.問い合わせ先」の産業保健研究財団までお願いいたします。
- ・健診委託先の産業保健研究財団の健診スタッフも、感染予防対策に万全を期して健診に臨みますので、皆様のご協力をよろしくお願いいたします。

### 1. 健診会場について

(巡回健診)

- 全国79ヶ所の巡回健診実施会場の中から選択できます。

(別紙C-1~3 実施会場一覧表参照)

(施設健診)

- 健診機関104施設でも受診できます。(別紙D 健診機関一覧表参照)

**注：施設健診をお申込み出来る方は、お近くに巡回健診実施会場がない方に限ります！**

### 2. 対象者

- 35歳未満の被扶養配偶者

(健診当日被扶養者の資格があること)

(遡って扶養削除になった場合は健診費用実費を請求させていただきます。)

### 3. 健診費用

- ★**健診項目一覧表**【検査項目とオプション料金表】の通り、**基本検査項目は無料です。**

(ユアサ健保が負担します。)

オプション項目は自己負担いただく事により受診できます。

### 4. 施設健診でご受診の方へのお願い

**有料オプション項目の費用は、ご受診頂いた健診機関でお支払いをお願いいたします。**

(別紙C-1内の日産厚生会診療所も含む)

費用はご受診される健診機関によって異なります。お申込み前に費用を確認される

場合は、(一財)産業保健研究財団までお問い合わせください。

お手数をおかけいたしますが、ご協力の程よろしくお願いいたします。



### 5. 問い合わせ先 (日程変更・キャンセルなど)

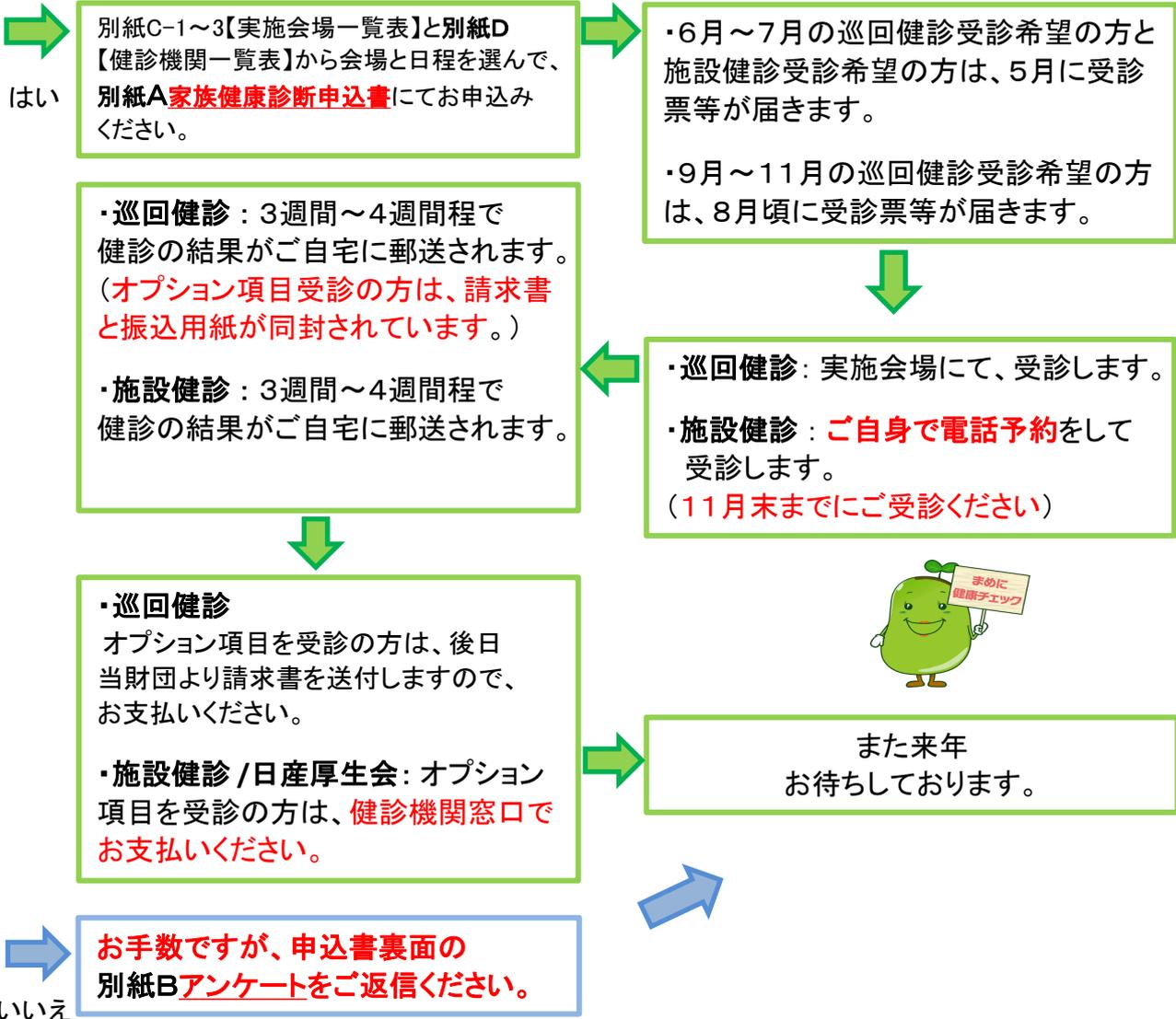
一般財団法人 産業保健研究財団 : 家族健診事務局

☎ 03-5456-5630

Fax 03-5456-5631

## 【お申し込みから健診結果が届くまで】

### 家族健診に申し込む



年に1度は健診を受けましょう！



★健診項目一覧表【検査項目とオプション料金表】

ユアサ健康保険組合

| 検査項目とその説明 |                | 35歳未満の<br>被扶養配偶者  |                           |
|-----------|----------------|---|---------------------------|
| 基本検査項目    | 診察             | 医師の聴打診と既往歴、現症状等の問診をします。   | 無料                        |
|           | 身体計測           | 身長・体重からBMI(体格指数)を算出します。   |                           |
|           | 腹囲測定           | 腹囲値により内臓脂肪蓄積のリスクを判定します。   |                           |
|           | 視力             | 視力値により眼鏡等の必要の有無を調べます。   |                           |
|           | 胸部X線           | 肺の炎症、肺がんなど、主に肺の異常を調べます。   |                           |
|           | 心電図            | 心臓の筋肉の異常、不整脈などを調べます。  |                           |
|           | 血圧測定           | 高血圧による動脈硬化のリスクを判定します。   |                           |
|           | 検尿(早朝尿)        | 糖尿病ならびに、腎～泌尿器系の異常を調べます。   |                           |
|           | 血液(20項目)       | 貧血、糖尿病、脂質異常や、肝臓、膵臓、腎機能等の異常を調べます。  |                           |
|           | 子宮細胞診(女性のみ)    | 子宮頸部の細胞を調べ、子宮頸がんをスクリーニングします。<br>※ 巡回健診は自己採取のみになります。<br>※ 施設健診は、健診機関によって自己採取もしくは医師採取になります。 |                           |
|           | 乳房超音波(女性のみ)    | 超音波画像により、乳がん等乳腺疾患をスクリーニングします。   |                           |
| オプション項目   | 眼底(両眼撮影)       | 眼底写真により、動脈硬化の程度や緑内障・白内障など、眼の疾患の有無を調べます。   | 巡回：1,500円<br>施設：健診機関による   |
|           | 便潜血(2日法)       | 消化管の出血を調べ、大腸がんをスクリーニングします。男女問わずお勧めです。陽性の方は必ず大腸内視鏡を受診して下さい。                                | 巡回：1,800円<br>施設：健診機関による   |
|           | 胃部X線           | バリウムで造影し、胃潰瘍やポリープ、胃がん等を調べます。  | 巡回：4,800円<br>施設：健診機関による   |
|           | 腹部超音波          | 超音波画像により、肝臓、胆嚢、膵臓、脾臓、腎臓を調べます。   | 巡回：4,500円<br>施設：健診機関による   |
|           | 骨密度            | 超音波で骨密度に相関する値を測定し、骨粗しょう症をスクリーニングします。特に高齢の方にお勧めします。  | 巡回健診：1,000円<br>施設：健診機関による |
|           | 頸動脈超音波(巡回健診のみ) | 超音波画像により、頸動脈の動脈硬化とその度合いを調べます。   | 巡回健診のみ可・・・3,200円          |

子宮細胞診  
郵送健診

15歳～35歳未満の被扶養者の、子宮細胞診の検査も同時に募集いたします！  
同封のお申込書にてお申込みください。  
**\* ユアサ健保の資格がない方はお申込みできません。**



一般財団法人 産業保健研究財団：家族健診事務局 ☎ 03-5456-5630  
Fax 03-5456-5631

健診実施機関



一般財団法人

産業保健研究財団

# 別紙A 2023年度 家族健康診断申込書 (35歳未満)

2023年5月23日(火)必着でご提出下さい

FAXも可 03-5456-5631 (一財)産業保健研究財団)あて

|         |      |           |   |     |            |
|---------|------|-----------|---|-----|------------|
| 健康保険組合名 |      | ユアサ健康保険組合 |   |     |            |
| 保険証記号番号 |      | 記号        |   | 番号  |            |
| 受診者     | フリガナ | セイ        |   | メイ  |            |
|         | 氏名   | 姓         |   | 名   |            |
|         | 生年月日 | 西暦        | 年 | 月   | 日生( )歳 男・女 |
|         | 住所   | 〒         |   |     |            |
|         | 電話番号 | 自宅/       |   | 携帯/ |            |

どちらかに必ず〇印をつけて下さい↓

|   |        |
|---|--------|
| 今年度、この家族健康診断を受診                                 | する・しない |
| 今年度、家族健康診断以外の補助を受けたことが<br>(補助を受けられるのは年度内1回限りです) | ある・ない  |

↓同封の日程表をご覧の上、ご記入下さい!

(施設健診で受診希望の方は別紙D健診機関一覧表より選び、実施日は空欄のままお願いします)

|         |     |       |     |
|---------|-----|-------|-----|
| 受診希望会場名 | 実施日 | 会場コード | 会場名 |
|         |     |       |     |

・有料オプション項目のみの受診は出来ません。(最下部の子宮頸がん検査は除く)

・15歳~35歳未満の配偶者以外の被扶養者(女のお子様など)は、郵送子宮細胞診のみお申込みが可能です。

| 検査項目             | 受診会場(巡回健診・施設健診)を選択後、(する・しない)のどちらかに〇をして下さい |        |                    |    |             |
|------------------|---|--------|--------------------|----|-------------|
|                  | 巡回健診                                      |        | 施設健診(健診機関)         |    |             |
|                  | 料金  |        | 施設の場合は<br>医師採取法 ※1 | 料金 |             |
| 子宮細胞診<br>(女性のみ)  | 無料  | する・しない |                    | 無料 | する・しない      |
| 乳房超音波<br>(女性のみ)  | 無料  | する・しない | 全施設 ※1             | 無料 | する・しない      |
| 眼底               | 1,500円                                    | する・しない | 全施設 ※1             | 有料 | 健診機関<br>による |
| 便潜血<br>(2回法)     | 1,800円                                    | する・しない | 全施設 ※1             | 有料 | 健診機関<br>による |
| 胃部X線<br>(バリウム検査) | 4,800円                                    | する・しない | 日産厚生会              | 有料 | 健診機関<br>による |
|                  |   |        | その他の施設             |    |             |
| 腹部超音波            | 4,500円                                    | する・しない | 全施設 ※1             | 有料 | 健診機関<br>による |
| 骨密度              | 1,000円                                    | する・しない | 全施設 ※1             | 有料 | 健診機関<br>による |
| 頸動脈超音波           | 3,200円                                    | する・しない | 全施設受診不可            |    |             |

\* 赤字は全て有料です。  
(詳しくは★健診項目一覧表をご参照下さい。)

※1 別紙D 健診機関一覧表で実施の有無をご確認ください。

|            |    |          |
|------------|----|----------|
| 子宮細胞診(郵送式) | 無料 | 希望する・しない |
|------------|----|----------|

●上記の子宮細胞診に申し込まれる方のお名前と続柄、ご年齢をご記入下さい。注ユアサ健保の資格があること

|     |    |    |
|-----|----|----|
| お名前 | 続柄 | 年齢 |
|-----|----|----|

○裏面もご覧下さい○

# 別紙Bアンケート 「受診を希望しない方」



ユアサ健康保険組合は被保険者だけでなく被扶養者の健康も大事にしていきたいと考えています。

このアンケートを参考に、より被扶養者の方にも受けやすい健診に改善していきたいと思っていますので、お手数ですがご協力願います。

**必ずご返信下さい！**

**FAXも可 03-5456-5631 (一財)産業保健研究財団) あて**

|         |           |     |  |     |  |
|---------|-----------|-----|--|-----|--|
| 健康保険組合名 | ユアサ健康保険組合 |     |  |     |  |
| 被扶養者    | 保険証記号番号   | 記号  |  | 番号  |  |
|         | フリガナ      | セイ  |  | メイ  |  |
|         | 氏名        | 姓   |  | 名   |  |
|         | 電話番号      | 自宅/ |  | 携帯/ |  |

受診を希望しない理由の番号に○印をつけて下さい。(複数回答可)

1. お勤め先(パート先等)で受診する予定
2. お住まいの市区町村で受診する予定
3. 自身で人間ドック等を受診する予定
4. 妊娠中である
5. 現在治療中である
6. 近くに巡回健診会場がない
7. 日程が合わない
8. 可能ならかかりつけ医で受診したい
9. 健康なので受診の必要が無い
10. 結果を見るのが怖い
11. その他

(理由)

ご協力ありがとうございました。2023.4 (35)