

令和8年度：保健事業の実施要領

令和8年度保健事業の実施要領については、下記項目により実施いたします。

記

1. 特定健康診査の実施
2. 特定保健指導の実施
3. データヘルス事業の実施
4. 生活習慣病健診の実施（申込書添付）
5. 定期総合健診の実施（申込書添付）
6. 巡回健診時の生活習慣病健診及び定期総合健診のオプション検査
7. 婦人総合健診の実施
8. 一泊人間ドックの実施
9. 半日人間ドックの実施
10. 契約健診機関以外で受診した場合の利用補助の実施
11. 海外健診利用補助の実施
12. 歯科健診の実施
13. インフルエンザワクチン接種補助（補助金請求書添付）
14. 新型コロナウイルスワクチン接種補助（補助金請求書添付）
15. 電話等によるメンタルヘルスカウンセリング
16. 関西サイクルスポーツセンター利用補助券の取扱い（申込書添付）
17. 健康増進インセンティブ事業
18. サイクリングターミナルの利用補助（予約完了報告書添付）

1. 特定健康診査(特定健診)の実施

(1) 対象者

昭和26年5月1日生から昭和62年3月31日生までの被扶養者。

(2) 実施時期

令和8年5月から令和9年3月末まで

(3) 受診方法

集合契約A・Bタイプ

令和8年5月中旬以降順次受診券を対象者宛送付します。

受診希望者は、お近くの医療機関にご予約のうえ受診券とマイナ保険証等を持参して受診してください。

※当組合のホームページより特定健診実施機関の検索も可能です。

(4) 検査項目

- ① 既往歴の調査「質問票」
- ② 身体計測 ⇒ 身長・体重・腹囲・BMI
- ③ 血圧測定
- ④ 尿検査 ⇒ 糖・蛋白(試験紙法)
- ⑤ 肝機能検査 ⇒ GOT、GPT、 γ -GTP
- ⑥ 血中脂質検査 ⇒ 中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール、LDLコレステロールに代わり、non-HDLコレステロール(食直後採血や中性脂肪400mg/dl以上の場合は可)
- ⑦ 血糖検査 ⇒ 空腹時血糖又はヘモグロビンA1c(食後3.5時間以上経過後に限り随時血糖も可)

(5) 詳細な検査

- ① 貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者。
貧血検査(ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数)
- ② 前年度の特定健診の結果において、血糖、脂質、血圧及び肥満の全てについて、基準に該当した者。
心電図検査(12誘導心電図)、眼底検査、血清クレアチニン検査

(6) 特定健診受診費用

受診費用は無料です。

2. 特定保健指導の実施

(1) 対象者

昭和26年5月1日生から昭和62年3月31日生の被保険者及び被扶養者で健康診断又は特定健診受診後の健診結果で、腹囲男子85cm・女子90cm以上又は、BMI 25以上で収縮期血圧130以上又は拡張期血圧85以上、中性脂肪150mg/dl以上又は、HDLコレステロール40mg/dl未満、空腹時血糖100mg/dl以上、HbA1c 5.6%以上で、受診者の各検査項目のリスク数に応じて特定保健指導を行ないます。

(2) 実施時期

令和8年4月から令和9年3月末まで

(3) 特定保健指導の種別

① 情報提供＝受診者全員に健診結果及び生活習慣の改善に必要な情報を提供します。

② 動機付け支援と積極的支援の区別

腹 囲	追加リスク ①血糖 ②脂質 ③血圧	④喫煙歴	対 象	
			40～64歳	65～74歳
≥85cm(男) ≥90cm(女)	2つ以上該当	なし	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり		
		なし		
上記以外で BMI ≥25	3つ以上該当	なし	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり		
	1つ該当	なし		

③ 上記の追加リスクの該当者であっても現に糖尿病、高血圧症又は高脂血症の治療に係る薬剤を服用（治療中）している者は保健指導対象者から除かれます。

(4) 特定保健指導の利用方法

特定健診受診後に特定保健指導（積極的支援・動機付け支援）に該当する方で特定保健指導を希望される方は利用券を送付しますので健保組合にお申し出ください。

ご希望の指導機関等でご予約のうえ、利用券とマイナ保険証等を持参してご利用ください。

(5) 特定保健指導利用費用

利用料は無料です。

3. データヘルス事業の実施(前期高齢者重症化予防対策)

(1) 対象者

満65才以上の被保険者及び被扶養者

(2) 実施時期

令和8年4月から令和9年3月末まで

(3) 実施方法

保健師の訪問又は文書により実施

4. 生活習慣病健診の実施 《40歳以上は、特定健康診査項目含む》

(1) 対象者

満35才以上の被保険者及び被扶養者（2026年度中に35歳になる方も含みます。）

(2) 実施時期

① 巡回健診の場合は令和8年4月上旬から令和8年12月下旬まで

※健診日時並びに健診場所は、健診機関から確認します。

② 契約健診機関等の施設にて受診の場合は、令和8年4月から令和9年3月まで

(3) 検査項目

生活習慣病健診検査項目		
特定健診質問票		
身体計測	身長・体重・BMI・腹囲・肥満度 視力・聴力1000Hz・4000Hz 血圧測定	
生理検査	心電図検査（安静時）	
血液検査	血液一般	赤血球数・白血球数・血色素量 ヘマトクリット・血小板数
	肝機能	GOT・GPT・γ-GTP・ALP・総蛋白
	膵機能	血清アミラーゼ
	腎機能	クレアチニン・尿素窒素・尿酸（UA）
	糖代謝	ヘモグロビンA1c・空腹時血糖または随時血糖
脂質	中性脂肪（TG） HDLコレステロール・LDLコレステロール	
	X線検査	胸部X線
上部消化器	食道・胃部・十二指腸間接撮影	
泌尿器系	蛋白・糖・潜血	
大腸がん検査	便潜血2回法	
問診・聴打診		
オプション検査 （希望者のみ）	B・C型肝炎ウイルス検査 前立腺がん検査 他	

(4) 健診実施機関及び健診費用（消費税含む）* P7別表-1

恵生会病院の巡回健診の場合、1名につき17,335円のうち、

自己負担額 4,300円

(5) 健診申込方法

恵生会の巡回健診は直接恵生会へメールでお申し込みください。

契約健診機関において生活習慣病健診を受診する場合は、該当健診機関へ個別にご都合のよい受診日の予約をとり、予約完了後に健保組合へご連絡ください。健保組合から自己負担額納付書を送付いたします。

申込は随時受付ます。

(6) 巡回健診の申込締切日

別途ご案内します。

(7) 健診結果の通知

巡回健診については、約3週間後に健診機関から事業所あてお届けいたします。

5. 定期総合健診(基本)の実施《40歳以上は、特定健康診査項目含む》

(1) 対象者

当組合の被保険者全員（但し、生活習慣病健診の受診者を除く。）

(2) 実施時期

① 巡回健診の場合は令和8年4月上旬から令和8年12月下旬まで

※健診日時並びに健診場所は、健診機関から確認します。

② 契約健診機関等の施設にて受診の場合は、令和8年4月から令和9年3月まで

(3) 検査項目

定期総合健診検査（基本）項目		
特定健診質問票		
身体計測	身長・体重・BMI・腹囲 視力・聴力1000Hz・4000Hz 血圧測定	
生理検査	心電図検査（安静時）	
血液検査	血液一般	赤血球数・白血球数・血色素量 ヘマトクリット
	肝機能	GOT・GPT・γ-GTP
	糖代謝	ヘモグロビンA1c・空腹時血糖または随時血糖
	脂質	中性脂肪（TG） HDLコレステロール・LDLコレステロール
X線検査	胸部X線	
泌尿器系	蛋白・糖・潜血	
問診・聴打診		
オプション検査 （希望者のみ）	B・C型肝炎ウイルス検査・大腸がん検査 前立腺がん検査 他	

(4) 健診実施機関及び健診費用（消費税含む）* P7別表-1

恵生会病院の巡回健診の場合、

定期総合健診（基本）

1名につき 8,700円 うち、自己負担額 3,500円

定期総合健診（省略） ※医師が腹囲、血液検査、心電図検査を必要でないと認めた場合

1名につき 3,200円 うち、自己負担額 1,700円

※オプション検査については『6』に記載

(5) 健診申込方法

恵生会の巡回健診は直接恵生会へメールでお申し込みください。

なお、定期総合健診（省略）は、医師が腹囲、血液検査、心電図検査を必要でないと認めた場合に限り申し込みます。

(6) 巡回健診の申込締切日

別途ご案内します。

(7) 健診結果の通知

巡回健診については、約3週間後に健診機関から事業所あてお届けいたします。

6. 巡回健診時の生活習慣病健診及び定期総合健診におけるオプション検査について

(1) 対象者

生活習慣病健診及び定期総合健診の受診者で希望する方。

なお、②は当日追加も可能ですが、①・③に関しては検査容器の送付の都合等により事前に申込みが必要です。

(2) 実施時期

令和8年4月上旬から令和8年12月下旬まで（巡回車により実施）

(3) 検査項目及び費用（恵生会巡回健診の場合）

	検査項目	自己負担額	健保組合補助
①	大腸がん検査（便潜血2回法） ※定期総合健診のみ	500円	あり 被保険者以外の方は 負担額1,650円
②	肝炎ウイルス検査 HBs抗原・抗体・HCV抗体（血液検査）	2,310円	なし
③	前立腺がん検査 PSA（血液検査）	2,200円	なし
④	ピロリ菌検査 ピロリ菌抗体検査（血液検査）	1,650円	なし
⑤	腫瘍マーカーセット【基本】 AFP・CEA・CA19-9	5,500円	なし
⑥	女性腫瘍マーカー CA15-3、CA125	4,400円	なし

※ 健康診断受診票（カルテ）について（恵生会巡回健診の場合）

健康診断受診票はOCR方式の用紙を健診日時ご案内時に送付いたします。

個人票は、「名簿フォーマット」に入力していただいた被保険者及び被扶養者の方について作成しておりますので、「名簿フォーマット」に記載がない場合等は、事業所において白紙の受診票に、受診者氏名、性別、生年月日、健診種別等必要箇所を必ずご記入のうえご提出をお願いします。

また、申し込み後に入社された方や、追加受診の方は白紙の受診票に必要事項を記入してご使用ください。

(別表-1) 健診実施機関及び自己負担額

※令和8年4月から健診費用変更により自己負担額が増額となった箇所は太字に下線で示しています。

健 診 機 関 名 (巡 回 型)	生活習慣病 (35才以上)	定期総合	
		(基本)	(省略)
一般社団法人恵生会 恵生会総合健診センター 東大阪市鷹殿町7-4 TEL 072-982-5501	4,300円	3,500円	1,700円
医療法人朋愛会 朋愛病院健診事業部 大阪市中央区平野町3-4-14大阪TKビルディング7階 TEL 06-6232-0550	5,160円	3,500円	
樫本病院 大阪狭山市東くみの木4-1151 TEL 072-366-1818	4,720円	3,500円	1,910円
滋賀保健研究センター 滋賀県野洲市永原字上町664 TEL 077-587-3588	4,300円	3,500円	1,400円
山口県予防保健協会 山口市吉敷下東3-1-1 TEL 083-933-0008	5,132円	3,500円	2,890円
メディメッセ桜十字 熊本県熊本市中央区平成3-23-30 TEL 0570-550-182	4,300円	3,500円	
有馬温泉病院 兵庫県神戸市北区有馬町1819-2 TEL 078-904-3321	4,300円	3,500円	1,700円
(施 設 型)	(35才以上)	(基本)	(省略)
恵生会布施健診ステーション 東大阪市長堂2-3-21 TEL 072-982-5501	6,810円	3,500円	2,075円
樫本病院 大阪狭山市東くみの木4-1151 TEL 072-366-1818	8,130円		
大阪府結核予防会 大阪総合健診センター 大阪市中央区道修町4-6-5 TEL 06-6202-6666	16,600円	4,450円	3,450円
大阪府結核予防会 堺複十字診療所 堺市堺区三国ヶ丘御幸通59 TEL 072-221-5515	16,600円	4,450円	3,450円
飯島クリニック 大阪市中央区南船場3-5-11 TEL 06-6243-5401	4,300円	3,500円	1,400円
医療法人伯鳳会大阪中央病院 大阪市北区梅田3-3-30 TEL 06-4795-5550	12,750円		
M・Oクリニック 大阪市中央区難波2-2-3 TEL 06-6210-3121	8,350円	3,500円	2,900円
公立西知多総合病院 愛知県東海市中ノ池3-1-1 TEL 0562-33-5500		5,330円	
山鹿中央病院 熊本県山鹿市山鹿1000番地 TEL 0968-43-6611	11,210円	6,100円	

健 診 機 関 名 (施 設 型)	生活習慣病 (35才以上)	定期総合	
		(基本)	(省略)
熊本県総合保健センター 熊本市東区東町4-11-1 TEL 096-365-8800		4,120円	
新久喜総合病院 埼玉県久喜市上早見418-1 TEL 0480-26-0033		9,510円	
コーナンメディカル鳳総合健診センター 堺市西区鳳東町4-401-1 TEL 072-260-5555	6,700円		
社会医療法人生長会ベルクリニック 堺市堺区戎島町4-45-1 ホテル・アコーラ リジェンシー堺11F TEL 072-224-1717	10,000円		
社会医療法人生長会府中クリニック 和泉市肥子町2-2-1 イオン和泉府中店1F TEL 0725-40-2154	10,000円		
大阪なんばクリニック 大阪市中央区難波5-1-60 TEL 06-6648-8930	7,690円	3,500円	1,800円
済生会熊本病院 熊本県熊本市南区近見5-3-1 TEL 096-351-1011	18,800円	9,400円	
一般財団法人日本予防医学協会 ウェルビーイング大阪堂島 大阪市北区堂島浜1-1-5 TEL 06-6362-9063 ウェルビーイング毛利 東京都江東区毛利1-19-10 TEL 03-3635-5711 ウェルビーイング栄 名古屋市中区新栄町1-3 TEL 052-950-3707 ウェルビーイング博多 福岡市博多区博多駅前3-19-5 TEL 092-472-0222	7,030円	3,500円	3,670円
恵生会アプローチワーククリニック 大阪市北区茶屋町19-19 TEL 06-6377-5620	5,600円	3,900円	
田中病院 堺市美原区黒山39-10 TEL 072-349-8077	4,300円	3,500円	1,800円
関門医療センター 山口県下関市長府外浦町1-1 TEL 083-241-1199	16,700円		
有馬温泉病院 兵庫県神戸市北区有馬町1819-2 TEL 078-904-3321	5,270円	3,680円	2,780円
医療法人朋愛会 淀屋橋総合クリニック 大阪市中央区道修町3-3-3アサヒ軽金属ビル2-4階 TEL 06-6206-6660 淀屋橋健診プラザ 大阪市中央区伏見町4-1-1明治安田生命大阪御堂筋ビル4F TEL 06-6206-6660	6,700円	3,900円	

7. 婦人総合健診(婦人科を含んだ簡易人間ドック)の実施 《40歳以上は、特定健康診査項目含む》

(1) 対象者

満35才以上の女性(2026年度中に35歳になる方も含みます。)

(2) 実施時期

令和8年4月から令和9年3月末までの随時ご希望の日。

(3) 検査項目

婦人総合健診検査項目		
特定健診質問票		
身体計測	身長・体重・BMI・腹囲・肥満度・体脂肪率 視力・聴力1000Hz・4000Hz 血圧測定	
生理検査	心電図検査(安静時)	
血液検査	血液一般	赤血球数・白血球数・血色素量 ヘマトクリット・血小板
	肝機能	GOT・GPT・γ-GTP・ALP・総蛋白
	膵機能	血清アミラーゼ
	腎機能	クレアチニン・尿素窒素・尿酸(UA)
	糖代謝	ヘモグロビンA1c・空腹時血糖または随時血糖
脂質	中性脂肪・総コレステロール HDLコレステロール・LDLコレステロール	
X線検査	胸部X線	
泌尿器系	蛋白・糖・潜血	
便検査	便潜血2回法	
婦人科検査	乳房超音波またはマンモグラフィ 子宮細胞診・内診	
問診・聴打診		
オプション検査 (希望者のみ)	胃部X線 胃部カメラ検査 (食道・胃・十二指腸)	

※血液検査内容については、契約医療機関により一部異なります。

(4) 健診実施機関及び健診費用(消費税含む)*P10別表-2

「自己負担額納付書」を受診者(又は、事業所)あて送付いたしますので最寄の銀行からお振込みください。

(5) 健診申込方法

受診者は直接ご希望の健診機関あて電話予約し、その旨を健保組合へご連絡ください。

(別表－２) 健診実施機関及び自己負担額

※令和８年４月から健診費用変更により自己負担額が増額となった箇所は太字に下線で示しています。

健 診 機 関 名	項 目	自己負担額
飯島クリニック 大阪市中央区南船場３－５－１１ Tel ０６－６２４３－５４０１	基本健診	3,500円
	胃部X線直接撮影	2,000円
コーナンメディカル鳳総合健診センター 堺市西区鳳東町４－４０１－１ Tel ０７２－２６０－５５５５	基本健診	4,800円
	胃部X線直接撮影	3,600円
檜本病院 大阪狭山市東くみの木４－１１５１ Tel ０７２－３６６－１８１８	基本健診	3,500円
	胃部X線直接撮影	7,560円
大阪府結核予防会 大阪総合健診センター 大阪市中央区道修町４－６－５ Tel ０６－６２０２－６６６６ 堺複十字診療所 堺市堺区三国ヶ丘御幸通５９ Tel ０７２－２２１－５５１５	基本健診	7,770円
	胃部X線デジタル撮影	8,000円
医療法人伯鳳会大阪中央病院 大阪市北区梅田３－３－３０ Tel ０６－４７９５－５５５０	基本健診 乳房超音波	11,928円
	基本健診 マンモグラフィ	13,578円
	胃部X線直接撮影	11,300円
	胃カメラ	16,800円
社会医療法人生長会 ベルクリニック 堺市堺区戎島町4-45-1 ホテル・アコーラ リジエンス堺11F Tel ０７２－２２４－１７１７ 府中クリニック 和泉市肥子町２－２－１ イオン和泉府中店1F Tel ０７２５－４０－２１５４	基本健診 マンモグラフィ または乳腺超音波	14,700円
	胃部X線直接撮影	8,000円
医療法人長府病院 下関市長府中之町２－４ Tel ０８３－２４５－１１３１	基本健診	6,890円
	胃部X線胃カメラ	10,200円
地方独立行政法人 下関市立市民病院 下関市向洋町１－１３－１ Tel ０８３－２２４－３７３１	基本健診 乳房超音波	7,803円
	基本健診 マンモグラフィ	10,135円
	胃部X線直接撮影	7,010円
	胃カメラ	9,782円
医療法人春水会 山鹿中央病院 熊本県山鹿市山鹿１０００ Tel ０９６８－４３－６６１１	基本健診	7,880円
	胃部X線直接撮影	8,880円
	胃カメラ	12,400円
医療法人朝日野会朝日野総合病院 熊本市北区室園町１２－１０ Tel ０９６－３４１－５０７５	基本健診 マンモグラフィ	5,030円
	胃部X線直接撮影	7,000円
	胃カメラ	10,000円
大阪なんばクリニック 大阪市中央区難波５－１－６０ Tel ０６－６６４８－８９３０	基本健診 マンモグラフィ または超音波	6,120円
	胃部X線直接撮影	8,000円
メディメッセ桜十字 熊本県熊本市中央区平成３－２３－３０ Tel ０５７０－５５０－１８２	基本健診 マンモグラフィ	3,260円
	胃部X線	4,700円

健 診 機 関 名	項 目	自己負担額
一般財団法人日本予防医学協会 ウェルビーイング大阪堂島 大阪市北区堂島浜1-1-5 TEL 06-6362-9063 ウェルビーイング毛利 東京都江東区毛利1-19-10 TEL 03-3635-5711 ウェルビーイング栄 名古屋市中区新栄町1-3 TEL 052-950-3707 ウェルビーイング博多 福岡市博多区博多駅前3-19-5 TEL 092-472-0222	基本健診 マンモグラフィ または超音波	7,000円
	胃部X線	6,350円
M・Oクリニック 大阪市中央区難波2-2-3 TEL 06-6210-3121	(胃部X線含む) マンモ1方向又は超音波	13,350円
	(胃部X線含む) マンモ2方向	16,650円
	(胃部X線未実施) マンモ1方向又は超音波	5,350円
	(胃部X線未実施) マンモ2方向	8,650円
医療法人朋愛会 淀屋橋総合クリニック 大阪市中央区道修町3-3-3アサヒ軽金属ビル2-4階 TEL 06-6206-6660 淀屋橋健診プラザ 大阪市中央区伏見町4-1-1明治安田生命大阪御堂筋ビル4F TEL 06-6206-6660	(基本・胸部X線含む) (マンモグラフィの場合)	8,100円
	(基本・胸部X線含む) (乳腺超音波の場合)	5,900円
	(胃部X線)	5,800円
	(胃カメラ)	12,400円

8. 一泊人間ドックの実施 《特定健康診査項目含む》

- (1) 対象者
満40才以上の被保険者及び被扶養者
- (2) 実施時期
令和8年4月～令和9年3月まで
(ご希望者は、随時お申込みください。)
- (3) ドック入りの期間
1泊2日 (1日宿泊)
- (4) 健診実施機関及び健診費用 (消費税を含む)

健 診 機 関 名	総 額	健保補助額	自己負担額
飯島クリニック 大阪市中央区南船場3-5-11 TEL 06-6243-5401	64,900円	10,000円	54,900円
社会医療法人生長会ベルクリニック 堺市堺区戎島町4-45-1 ホテル・アコーラ リジエンス堺11F TEL 072-224-1717	胸部CT	10,000円	62,600円
	胸部X線	10,000円	58,200円
社会医療法人寿楽会大野クリニック 大阪市中央区難波2-2-3 御堂筋グランドビル7F TEL 06-6213-7230	胸部CT	10,000円	68,100円
	胸部X線	10,000円	59,300円

- (5) 受診申込方法
受診者は直接ご希望の上記健診機関あて電話予約し、その旨を健保組合へご連絡ください。
- (6) 健診費用の支払い
「自己負担額納付書」を受診者 (又は、事業所) あて送付いたしますので最寄の銀行からお振込みください。

9. 半日ドックの実施 《特定健康診査項目含む》

- (1) 対象者 満40歳以上の被保険者及び被扶養者
 (2) 実施時期 令和8年4月から令和9年3月まで
 (3) 健診実施機関及び費用（消費税を含む）

※令和8年4月より健診費用変更に伴い自己負担額が増額となった箇所は太字に下線で示しています。

健 診 機 関 名	コース 区 分	総 額	健 保 補助額	自 己 負担額	備 考	
船員保険大阪健康管理センター 大阪市港区築港1-8-22 TEL06-6576-1011		44,000円	10,000円	34,000円	胸部 X線	
恵生会布施健診ステーション 東大阪市長堂2-3-21 TEL072-982-5501	男	35,200円	10,000円	25,200円		
	女	38,500円	10,000円	28,500円	婦人科 健診含	
恵生会アプローズタワークリニック 大阪市北区茶屋町19-19阪急茶屋町ビル7F TEL06-6377-5620		38,500円	10,000円	28,500円	胸部 X線	
医療法人翔永会 飯島クリニック 大阪市中央区南船場3-5-11 TEL06-6243-5401		41,800円	10,000円	31,800円	胃X線	
		45,100円	10,000円	35,100円	胃カメラ	
社会医療法人生長会 ベルクリニック 堺市堺区戎島町4-45-1 ホテル・アゴラ リージェンシー堺11F TEL072-224-1717 府中クリニック 和泉市肥子町2-2-1イオン和泉府中店1F TEL0725-40-2154	A	51,700円	10,000円	41,700円	胸部 CT	
	B	46,200円	10,000円	36,200円	胸部 X線	
コーナンメディカル鳳総合健診センター 堺市西区鳳東町4-401-1 TEL072-260-5555	A	被保険者	46,200円	10,000円	36,200円	胸部 CT
		同伴家族	42,900円	10,000円	32,900円	
	B	被保険者	44,000円	10,000円	34,000円	胸部 X線
		同伴家族	40,700円	10,000円	30,700円	
医療法人樫本会 樫本病院 大阪狭山市東くみの木4-1151 TEL072-366-1818		44,000円	10,000円	34,000円	胸部 X線	
一般財団法人 みどり健康管理センター 吹田市垂水町3-22-5 TEL06-6385-0265	A	51,700円	10,000円	41,700円	胸部 CT	
	B	46,200円	10,000円	36,200円	胸部 X線	
一般財団法人 大阪府結核予防会 大阪総合健診センター 大阪市中央区道修町4-6-5 TEL06-6202-6666 堺複十字診療所 堺市堺区三国ヶ丘御幸通59 南海堺東ビル8F TEL072-221-5515		52,800円	10,000円	42,800円	胸部 CT	
		44,000円	10,000円	34,000円	胸部 X線	
社会医療法人寿楽会 大野クリニック 大阪市中央区難波2-2-3 御堂筋グランドビル7F TEL06-6213-7230	A	52,800円	10,000円	42,800円	胸部 CT	
	B	44,000円	10,000円	34,000円	胸部 X線	
大阪警察病院付属人間ドッククリニック 大阪市天王寺区石ヶ辻町15番15号 TEL06-6775-3131		44,000円	10,000円	34,000円	胸部 X線	
		51,700円	10,000円	41,700円	胃カメラ	

健 診 機 関 名	コース 区 分	総 額	健 保 補助額	自 己 負担額	備 考
医療法人伯鳳会 大阪中央病院 大阪市北区梅田3-3-30 TEL06-4795-5550		47,300円	10,000円	37,300円	胸部 X線
医療法人健人会 那須クリニック関西検診協会 大阪市淀川区西中島4-4-21 TEL06-6308-3908		42,900円	10,000円	32,900円	胸部 X線
公立 西知多総合病院 愛知県東海市中ノ池3-1-1 TEL0562-33-9800		35,530円	10,000円	25,530円	胸部 X線
特定医療法人紀典会 北川病院 岡山県和気郡和気町277 TEL0869-93-1141		36,670円	10,000円	26,670円	胸部 X線
社会福祉法人恩賜財団済生会支部 山口県済生会下関総合病院 山口県下関市安岡町8-5-1 TEL083-262-2300		40,700円	10,000円	30,700円	胸部 X線
一般社団法人山口総合健診センター 山口県山口市小郡下郷1773-1 TEL083-972-4325		44,000円	10,000円	34,000円	胸部 X線
独立行政法人国立病院機構 関門医療センター 山口県下関市長府外浦町1-1 TEL083-241-1199		48,760円	10,000円	38,760円	胃X線
		53,300円	10,000円	43,300円	胃カメラ
独立行政法人地域医療機能推進機構 下関医療センター 山口県下関市上新地町3-3-8 TEL083-231-7887		39,435円	10,000円	29,435円	胸部 X線
医療法人 長府病院 山口県下関市長府中之町2-4 TEL083-245-1131		<u>40,700円</u>	10,000円	<u>30,700円</u>	胃X線
		<u>40,700円</u>	10,000円	<u>30,700円</u>	胃カメラ
地方独立行政法人 下関市立市民病院 山口県下関市向洋町1-13-1 TEL083-224-3731		<u>40,700円</u>	10,000円	<u>30,700円</u>	胸部 X線
社会福祉法人恩賜財団 済生会熊本病院 熊本県熊本市南区近見5-3-1 TEL096-351-1011 ※胃透視を胃カメラに変更の場合5,500円加算	A	61,600円	10,000円	51,600円	胸部 CT
	B	51,700円	10,000円	41,700円	胸部 X線
医療法人春水会 山鹿中央病院 熊本県山鹿市山鹿1000番地 TEL0968-43-6611	A	55,330円	10,000円	45,330円	胸部 CT
	B	42,130円	10,000円	32,130円	胸部 X線
大阪なんばクリニック 大阪市中央区難波5-1-60 TEL06-6648-8930		49,500円	10,000円	39,500円	胸部 CT
		44,000円	10,000円	34,000円	胸部 X線
一般財団法人日本予防医学協会 ウェルビーイング大阪堂島 大阪市北区堂島浜1-1-5 TEL06-6362-9063 ウェルビーイング毛利 東京都江東区毛利1-19-10 TEL03-3635-5711 ウェルビーイング栄 名古屋市中区新栄町1-3 TEL052-950-3707 ウェルビーイング博多 福岡市博多区博多駅前3-19-5 TEL092-472-0222		39,600円	10,000円	29,600円	胃X線
		45,100円	10,000円	35,100円	胃カメラ
メディメッセ桜十字 熊本県熊本市中央区平成3-23-30 TEL0570-550-182		44,000円	10,000円	34,000円	胃X線
		49,500円	10,000円	39,500円	胃カメラ

健 診 機 関 名	コース 区 分	総 額	健 保 補助額	自己 負担額	備 考
医療法人朋愛会朋愛病院 淀屋橋総合クリニック 大阪市中央区道修町3-3-3アサヒ軽金属ビル2-4階 Tel 06-6206-6660		48,400円	10,000円	38,400円	胸部 CT
淀屋橋健診プラザ 大阪市中央区伏見町4-1-1明治安田生命大阪御堂筋ビル4F Tel 06-6206-6660 ※胃透視を胃カメラに変更の場合6,600円加算		39,600円	10,000円	29,600円	胸部 X線

※受診申込方法・健診費用の支払いについては、一泊人間ドックの場合と同じです。

10. 契約健診機関以外で受診した場合の利用補助の実施

(1) 対象者

被保険者及び被扶養者（補助対象年齢は各種健診によります。）

(2) 実施時期

令和8年4月から令和9年3月末までの随時ご希望の日。

(3) 請求方法

別紙の補助金請求書に健康診断の結果の写し及び領収書の写しを必ず添付してください。

また、健康診断の結果に特定健康診査標準的質問票がない場合は、別紙の質問票も添付してください。

(4) 補助金額

各種健診によります。（年度内1回のみ）

11. 海外健診利用補助の実施

(1) 対象者

全ての被保険者及び被扶養者（国内健診に準ずる）

(2) 実施時期

令和8年4月～令和9年3月末まで

(3) 請求方法

別紙の補助金請求書に健康診断の結果の写し及び領収書の写しを必ず添付してください。

(4) 健診結果内容（翻訳者名が必要）

- 健診機関名
- 受診者名、生年月日
- 健診種類（定期・生活習慣病・婦人総合・半日ドックまたは1日ドック等）
- 検査項目、検査結果数値、総合判定内容
- 判定医師名

(5) 補助金額

各種健診によります。（年度内1回のみ）

12. ファミリー歯科健診の実施

(1) 対象者

全ての被保険者及び被扶養者

(2) 歯科健診費用

健保組合が全額負担（自己負担なし、年度内1回のみ）

(3) 開催場所及び開催会場

開催時期、開催場所及び申込方法等については、改めてお知らせします。

13.インフルエンザワクチン接種補助

(1) 対象者

全ての被保険者及び被扶養者

(2) 実施時期

令和8年10月～令和9年2月末まで

(3) 請求方法

インフルエンザワクチン接種希望者は上記期間に最寄の医療機関で、ワクチンの接種を受けてください。なお、費用の請求はインフルエンザ補助金請求書（事業所取りまとめ用と個人用が必要）に、インフルエンザ予防接種と明記された領収書（明細書に記載されている場合は明細書も添付。※コピーでも可）を添付し、健保組合までご請求ください。

費用の請求は、できる限り各事業所ごとに取りまとめてのご請求をお願いいたします。

(4) 補助金額

被保険者・被扶養者問わず 期間中 1人1回限り 1,500円 を補助いたします。

14.新型コロナウイルスワクチン接種補助

(1) 対象者

公費支援対象者を除く、60歳以上の被保険者及び被扶養者

(2) 実施時期

令和8年4月～令和9年3月末まで

(3) 請求方法

新型コロナウイルスワクチン接種希望者は上記期間に最寄の医療機関で、ワクチンの接種を受けてください。なお、費用の請求は新型コロナウイルス補助金請求書（事業所取りまとめ用と個人用が必要）に、ワクチンの接種費用の領収書（コピーでも可）を添付し、健保組合までご請求ください。

費用の請求は、できる限り各事業所ごとに取りまとめてのご請求をお願いいたします。

(4) 補助金額

被保険者・被扶養者問わず 期間中 1人1回限り 1,500円 を補助いたします。

15.電話等によるメンタルヘルスカウンセリング

(1) 対象者

全ての被保険者及び被扶養者

(2) 実施時期

ご希望者は、年中無休24時間いつでも、どこからでも随時ご利用ください。

(3) 内 容

ここ数年間、大幅に増加傾向にある心の病の早期発見、早期治療を目的に、自らまた、家族から気軽に相談ができ、電話相談後面接カウンセリングが経験豊かな臨床心理士に直接予約にて無料で受けられるシステムです。

電話カウンセリング：全国どこからでもフリーコール（無料）で相談が受けられます。

面接カウンセリング：全国主要都市で約1時間、完全予約制でカウンセリングが受けられます。

(4) 利用方法

- ① 面接カウンセリング（要予約）
- ② 電話カウンセリング（予約可）

電話番号 0120-922256 （携帯・PHS可） 国内全国無料

16. 関西サイクルスポーツセンター利用補助券の取扱い

※（入場券付乗り放題1日フリーパス）

(1) 対象者

全ての被保険者及び被扶養者

(2) 実施時期

令和8年4月～令和9年3月末まで（健保補助は年度内2回）

ご希望者は、随時お申込みください。

(3) 申込方法

別紙『申込書』により、郵送又はFAX【06-6777-9878】

にてお申込みください。

(4) 利用方法

利用者は、関西サイクルスポーツセンター正面ゲートのチケット発売所で健保組合が交付した利用補助券1枚につき、それぞれ下記の金額を添えて提出し、フリーパス（入場料含む）を購入してください。

なお、有効期限は利用補助券発行日から3ヶ月以内です。

(5) 入場料

利用区分	自己負担額	通常料金
大人（中学生以上）	1,300円	3,500円
子供A（3歳～小学生、身長110cm以上）	1,100円	3,200円
子供B（3歳～小学生、身長110cm未満）	600円	2,200円
シニア（65才以上）年齢がわかるものをご提示ください。	700円	2,300円

※3歳未満は無料

17. 健康増進インセンティブ事業

(1) 対象者

全ての被保険者及び昭和27年5月1日生から平成4年3月31日生までの被扶養者。

(2) 実施時期

令和8年4月～令和9年3月末まで

(3) 参加方法

当組合ホームページ上にあるバナーから会員登録を行ってください。

(4) 利用方法

会員登録により作成されたマイページから歩数等や健診の受診情報を入力しポイントを貯めてください。

- (5) ポイントの交換（申請）
申請期間内に300ポイント単位で申請してください。賞品としてQUOカード Pay を贈呈します。
- (6) 申請期間
令和9年4月1日～令和9年4月30日まで
- (7) 注意事項
申請期間に申請されなかったポイント及び300ポイントに満たない端数ポイントは申請期間後に消滅します（年度単位の事業）。

18. サイクリングターミナルの利用

- (1) 主 旨
全国サイクリングターミナル協議会と保養所契約を行い、被保険者及び被扶養者の健康の保持増進のために活用することを目的とする。
- (2) 実施時期
令和8年4月～令和9年3月末まで
ご希望者は、随時お申込みください。
- (3) 施設名
次ページ『全国サイクリングターミナル一覧表』のとおりです。
- (4) 健保組合の補助
被保険者・被扶養者とも、年間1人当たり2泊を限度として、1人1泊につき健保組合が1,000円を補助致します。
- (5) 利用方法
- ①利用予約を行う。
利用者は、直接サイクリングターミナルあて電話で予約する。
 - ②予約申込の完了報告
利用者は、別紙「サイクリングターミナル予約完了報告書」を健保組合へ提出する。
 - ③利用連絡票の交付
健保組合は、利用者に対し「サイクリングターミナル利用連絡票」を交付する。
 - ④サイクリングターミナルの利用
利用者は、当日サイクリングターミナルのフロントへ「利用連絡票」を提出のうえ利用し、お帰りの際に健保組合補助額を差引いて現地で精算する。

【注】 健保組合補助額は、当該サイクリングターミナルから（公財）日本サイクリング協会（東京都新宿区信濃町34番地 トーシン信濃町駅前ビル3階）へ請求して頂く扱いとなる。

《お願い》

予約完了後、利用取消しをされたり、利用人員に変更が生じた場合は速やかに健保組合あてご連絡願います。

全国サイクリングターミナル一覧表

令和8年3月1日現在

	名 称		所 在 地	
1	秋田市雄和	サイクリングターミナル	〒010-1211	秋田県秋田市雄和椿川字奥椿岱194-1
2	檜葉町	サイクリングターミナル (展望の宿 天神)	〒979-0604	福島県双葉郡檜葉町大字北田 字上ノ原27-29
3	宇都宮市	サイクリングターミナル (湖森館)	〒320-0342	栃木県宇都宮市福岡町1074-1
4	八海山麓	サイクリングターミナル	〒949-7235	新潟県南魚沼市荒金70
5	内灘町	サイクリングターミナル	〒920-0264	石川県河北郡内灘町字宮坂に1-3
6	八幡町	サイクリングターミナル (せせらぎ街道の宿たかお)	〒501-4202	岐阜県郡上市八幡町市島945-1
7	奥出雲町	サイクリングターミナル (ベルグリーン仁多)	〒699-1511	島根県仁多郡奥出雲町三成558-6
8	防府市	サイクリングターミナル	〒747-0061	山口県防府市大字東佐波令2886
9	尾道市	サイクリングターミナル (尾道港レンタサイクル ターミナル)	〒722-0036	広島県尾道市東御所町 (尾道駅前 港湾駐車場内)
10	今治市	サイクリングターミナル (サンライズ糸山)	〒794-0001	愛媛県今治市砂場町2-8-1
11	耶馬溪町	サイクリングターミナル	〒871-0405	大分県中津市耶馬溪町大字柿坂353
12	国東市	サイクリングターミナル (道の駅くにさき)	〒873-0511	大分県国東市国東町小原2662-1
13	綾町	サイクリングターミナル (綾てるはの森の宿)	〒880-1302	宮崎県東諸県郡綾町大字北俣3765
14	南さつま市	サイクリングターミナル (りんりん/宿泊施設:さんぱる)	〒897-1123	鹿児島県南さつま市加世田高橋1952-2

婦人総合健診受診申込書

婦人総合健診は特定健診に生活習慣病健診項目や、婦人科検査を加えた内容となります。

婦人総合健診を受診された方は、改めて特定健診を受診する必要はありません。

下記の契約健診機関にご自身で直接予約していただき、当健保組合宛に郵送またはFAXでお申込みください。

申込先 〒543-0042 大阪府大阪市天王寺区烏ヶ辻1-2-18
大阪自転車健康保険組合
FAX 06-6777-9878

被保険者等 記号番号	—	受診者名	
		生年月日	(昭和・平成 年 月 日生 歳)
ご自宅 住所	〒 TEL ()		
受診予定年月日	年 月 日受診予定		

健診機関別自己負担額一覧表

健診機関名		自己負担額	胃部検査	自己負担額
○	翔永会 飯島クリニック	3,500円	○ 胃部X線・直接	2,000円
			○ 胃カメラ	12,400円
○	コーナンメディカル 鳳総合健診センター	4,800円	○ 胃部X線・直接	3,600円
○	樫本会 樫本病院	3,500円	○ 胃部X線・直接	7,560円
○	大阪府結核予防会 堺複十字診療所	7,770円	○ 胃部X線 デジタル	8,000円
○	大阪府結核予防会 大阪総合健診センター			
○	生長会 ベルククリニック	14,700円	○ 胃部X線・直接	8,000円
○	生長会 府中クリニック			
○	新生会 大阪なんばクリニック	6,120円	○ 胃部X線・直接	8,000円
○	伯鳳会 大阪中央病院	○ マンモグラフィの場合	○ 胃部X線・直接	11,300円
		○ 乳房超音波の場合	○ 胃カメラ	16,800円
○	寿楽会 m・oクリニック	○ マンモ1方向又はエコーの場合	胃部X線は基本検査項目に含まれています (左記自己負担額は胃部X線検査込みの額です)	
		○ マンモ2方向の場合		
○	日本予防医学協会 ウェルビーイング大阪堂島	7,000円	○ 胃部X線・直接	6,350円
○	朋愛会 淀屋橋総合クリニック	8,100円	○ 胃部X線	5,800円
○	朋愛会 淀屋橋健診プラザ		○ 胃カメラ	12,400円

※予約された健診機関、検査項目に○をしてください。予約内容に基づき納付書を送付しますので、指定の金融機関窓口で納付してください。

記入漏れがあった場合、納付していただく金額が確定できません。申込前に再度ご確認をお願いいたします。

上記のとおり婦人総合健診を申込みます。

年 月 日 被保険者氏名 _____

事業所用人間ドック等利用補助金請求書

事業所名						
被 記 号	保 険 者 等 番 号	被 保 険 者 名	健 診 受 診 者 名	続 柄	健 診 の 区 別	健 診 費 用 総 額

上記のとおり健康診断を受診したので補助金を請求します。

年 月 日

大阪自転車健康保険組合理事長 殿

事業所名

所在地

事業主名

振 込 先	金融機関名	銀行	支店
	フリガナ 口座名義人		
	口座番号	普通・当座 No.	

- ① 補助金を請求する場合は、健康診断の結果の写し及び領収書の写しを必ず添付してください。
- ② 健康診断の結果に別紙添付の特定健康診査標準的質問票がない場合別紙質問票を添付してください。

年 月 日

インフルエンザワクチン補助金請求書（個人用）

被保険者氏名

インフルエンザワクチン補助金を請求し、会社に受領を委任します。

被保険者等		ワクチン 接種者氏名	生年月日	本人・家族 【区分】	ワクチン 接種費用
記号	番号				
			S・H・R .	本人・家族	円
			S・H・R .	本人・家族	円
			S・H・R .	本人・家族	円
			S・H・R .	本人・家族	円
			S・H・R .	本人・家族	円
			S・H・R .	本人・家族	円

《領収書貼り付け場所》

※本請求書には必ずインフルエンザ予防接種と明記された領収書（コピーでも可、レシート・明細書のみは不可）を添付してください。明細書に「インフルエンザ」と記載されている場合は明細書も添付してください。

年 月 日

新型コロナウイルスワクチン補助金請求書（個人用）

被保険者氏名

新型コロナウイルスワクチン補助金を請求し、会社に受領を委任します。

被保険者等		ワクチン 接種者氏名	生年月日	本人・家族 【区分】	ワクチン 接種費用
記号	番号				
			S・H・R .	本人・家族	円
			S・H・R .	本人・家族	円
			S・H・R .	本人・家族	円
			S・H・R .	本人・家族	円
			S・H・R .	本人・家族	円
			S・H・R .	本人・家族	円

《領収書貼り付け場所》

※本請求書には必ず領収書（コピーでも可、レシート・明細書は不可）を添付してください。

関西サイクルスポーツセンター利用補助券申込書
【入場券付1日フリーパス】

小人Aとは3歳以上小学校6年生までで身長が110cm以上の方。 中学生以上は大人料金です。

小人Bとは3歳以上小学校6年生までで身長が110cm未満の方。 シニアは65才以上です。

身長110cm以上と110cm未満は利用料が異なります。

被保険者等		利用者名	続柄	大人・小人A・小人B・シニアの 区 分	小人の身長		
記号	番号						
				大人・小人A・小人B・シニア	cm		
				大人・小人A・小人B・シニア	cm		
				大人・小人A・小人B・シニア	cm		
				大人・小人A・小人B・シニア	cm		
				大人・小人A・小人B・シニア	cm		
				大人・小人A・小人B・シニア	cm		
				大人・小人A・小人B・シニア	cm		
				大人・小人A・小人B・シニア	cm		
				大人・小人A・小人B・シニア	cm		
				大人・小人A・小人B・シニア	cm		
				大人・小人A・小人B・シニア	cm		
				大人・小人A・小人B・シニア	cm		
				大人・小人A・小人B・シニア	cm		
				大人・小人A・小人B・シニア	cm		
大人	名	小人A110cm以上	名	小人B110cm未満	名	シニア	名

上記のとおり申し込みます。

年 月 日

事業所名 _____

申込者名 _____

送付先 _____

受 付 印

サイクリングターミナル予約完了報告書

1. 利用施設名 () サイクリングターミナル
2. 利用年月日 年 月 日 () から () 泊
3. 利用者氏名 つぎのとおり

※ 利用金額欄は、予約の際に1泊当り金額をご確認の上はつきりにご記入ください。

被 保 険 者 等		利 用 者 氏 名	性 別	続 柄	区 分	利用料金	備 考
記 号	番 号						
			男・女		大人・小人	円	
			男・女		大人・小人	円	
			男・女		大人・小人	円	
			男・女		大人・小人	円	
			男・女		大人・小人	円	
			男・女		大人・小人	円	
			男・女		大人・小人	円	
			男・女		大人・小人	円	
			男・女		大人・小人	円	

年 月 日

事業所名 _____

申込者氏名 _____

大阪自転車健康保険組合 理事長 殿

受 付 印

特 定 健 康 診 査 質 問 票

(記入日) 年 月 日

(健診日) 西暦 年 月 日

(下記のいずれかに○をお付けください。)

被保険者等		記号	番号	男・女	
受診者氏名				歳	
生年月日	昭和	年	月	日	
1	血圧を下げる薬をのんでいますか。	① はい ② いいえ	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
2	インスリン注射又は血糖を下げる薬をのんでいますか。	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が、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)
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬をのんでいますか。	① はい ② いいえ			
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、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、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	① はい ② いいえ	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(15度180ml)の目安: ビール(5度500ml)、焼酎(25度110ml)、ワイン(14度180ml)ウイスキー(43度60ml)、缶チューハイ(5度500ml、7度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
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、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、貧血といわれたことがありますか。	① はい ② いいえ	20	睡眠で休養が十分とれていますか。	① はい ② いいえ
8	現在、煙草を習慣的に吸っていますか。(「習慣的」とは、最近1ヵ月間吸っており、かつ、生涯6ヵ月以上吸っている又は合計100本以上吸っている)	① はい ② いいえ			
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	21	運動や食生活等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ヵ月以内) ③ 近いうちに(概ね1ヵ月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている ④ 既に改善に取り組んでいる (6ヵ月未満) ⑤ 既に改善に取り組んでいる (6ヵ月以上)
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 なんでもかんで食べることができる ② かみあわせが気になり、かみにくい。 ③ ほとんどかめない	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
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	23	今までにかかった病気がありますか。(既往歴)	① あり () ② なし
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	24	自分の体調が最近不調だと感じたことがありますか(自覚症状)	① あり () ② なし
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 ときどき ③ ほとんどない	25	他覚症状はありますか	① あり () ② なし