自由に選べます！（４つの受診方法）

★自分に合った健診を選びましょう！

支部の契約医療機関で受診なら満 40 歳以上でも結果提出は不要です

家の近くに契約医療機関がある

（医療機関一覧は２０ページ）

- はい → 日曜に健診を受診したい
  - はい → ① **契約医療機関で日曜健診 (組合推奨)** → 2～3 ページへ
  - いいえ → ② **契約医療機関で好きな日に受診** → 4ページへ
- いいえ → 現在 40 歳以上、もしくは今年度中に 40 歳になる
  - はい → 10 月以降で良いので無料で結果も提出しない特定健診受診券で受診したい
    - はい → ③ **10 月以降受診券を利用して好きな医療機関で受診** → 5 ページ上段へ
    - いいえ → ④ **好きな医療機関で受診券なしで受診** → 5 ページ下段へ
  - いいえ → ④ **好きな医療機関で受診券なしで受診** → 5 ページ下段へ

自分に合った健診を探してみよう！
どれが選んでいいのか迷ったら
神奈川県支部へ相談するといいよ！
０４５－６３３－５１２３

契約医療機関で受診（日曜集団健診）

★日曜集団健診は、指定の日曜に行う健診です。支部に申し込んで受診します（組合推奨）★

● **対　象　者**：今年度満１６歳以上７５歳未満の加入者の方（加入しているご家族も含みます）

● **実施医療機関**：京浜健診クリニック（横浜市金沢区）
東名厚木メディカルサテライトクリニック健診センター（厚木市）
戸塚共立メディカルサテライト健診センター（横浜市戸塚区）
コンフォート横浜健診センター（横浜市西区）
※今年度満 40 歳以上の方…特定健診受診券は不要です

● **検 査 項 目**：医療機関の契約によって異なります。（次頁の実施内容参照）
各契約コースは建設国保が指定する特定健診が含まれています。（下表参照）
受診できる検査項目は１０～１１ページの検査項目一覧をご確認ください。

● 建設国保組合が指定する特定健診基本検査項目：

【★国が指定する検査項目よりもたくさん受診できます！★】

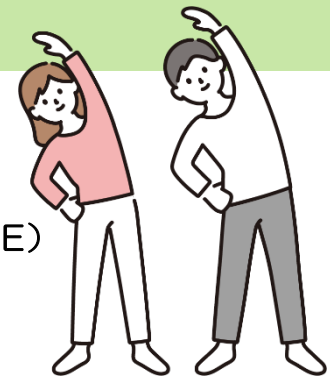
区分	内　容　※国が指定する項目	
基本的な健診の項目	既往歴の調査	
	自覚症状及び他覚症状の検査	
	身体計測	身　長
		体　重
		腹　囲
		BMI
	血圧	収縮期血圧
		拡張期血圧
	血中脂質検査	中性脂肪
		HDLーコレステロール
		LDLーコレステロール
	肝機能検査	GOT
		GPT
		γーGTP
	血糖検査（いずれか）	空腹時血糖
		ヘモグロビンA1C
		随時血糖
	尿検査	糖
		たんぱく

区分	内　容　※組合が追加した項目	
詳細な健診の項目	貧血検査	赤血球数
		血色素量
		ヘマトクリット値
	心電図検査	
	眼底検査	
	血清クレアチニン検査及びｅＧＦＲ	
その他	便潜血検査２日法	
	視　力	
	聴　力	
	胸部Ｘ線検査	
	その他、病院が追加する項目	

● **受　診　料**：＊**特 定 健 診** … １３,０００円　※令和５年度で満４０歳以上の方は無料
＊**契約コース** … 医療機関によって異なります（23,895 円～46,200 円）
※満 16 歳以上 40 歳未満の方は全額お支払いください。
※満 40 歳以上の方は特定健診受診料を減額してお支払いください。
今年度中に 40 歳になる方は 40 歳以上の方と同じ受診料です。

● **補 助 金 制 度**：窓口で支払った受診料は、おひとりにつき年度内１回、補助金を申請することができます。詳細は６ページをご覧ください。

日曜に受診できるので大好評！



● 申込み手順：

① 医療機関とコースを選ぶ（追加可能なオプションは別紙参照）
② 神奈川県支部へ申込み（申込み用紙をＦＡＸまたは電話、LINE）
③ 支部から受付完了通知発行　（ＦＡＸまたは郵送）
④ 医療機関から健診案内・健診キット等到着、受診
⑤ 窓口負担があった方は、受診後に神奈川県支部へ補助金申請

● 実施日・内容：※すべて日曜実施　締切日前に定員に達した場合はその時点で受付終了です

契約医療機関名	実　施　日	締　切　日	定員	受診可能なコース・料金（カッコ内は40歳以上の窓口負担料金）
京浜健診クリニック（横浜市金沢区）	R5 年 4 月 9 日	R5 年 3 月 24 日(金)	10	＊総合ドック 46,200円(33,200円) ＊簡易ドック充実 35,200円(22,200円) ＊簡易ドック基本 29,700円(16,700円) ＊特定健診のみ 13,000円(無料)
	R6 年 2 月 未定	10月頃発表	10	
	R6 年 3 月 未定	10月頃発表	10	
東名厚木メディカルサテライトクリニック健診センター（厚木市）	R5 年 6 月 18 日	R5 年 5 月 25 日(木)	10	＊特定健診のみ 13,000円(無料)
	R5 年 7 月 9 日	R5 年 6 月 15 日(木)	50	
	R5 年 9 月 10 日	R5 年 8 月 17 日(木)	10	
	R5 年 10 月 1 日	R5 年 9 月 7 日(木)	10	
	R5 年 11 月 12 日	R5 年 10 月 19 日(木)	10	
	R5 年 11 月 12 日	R5 年 10 月 19 日(木)	20	＊人間ドック 44,000円(31,000円)
戸塚共立メディカルサテライト健診センター（横浜市戸塚区）	R5 年 5 月 21 日	R5 年 4 月 21 日(金)	7	＊人間ドック 41,800円(28,800円) ＊生活習慣病 26,400円(13,400円) ※日曜に特定健診のみを希望される方、集団健診で追加できないオプションを希望される方は、次ページの個人健診でお申込みください
	R5 年 6 月 18 日	R5 年 5 月 19 日(金)	7	
	R5 年 7 月 2 日	R5 年 6 月 2 日(金)	7	
	R5 年 8 月 6 日	R5 年 7 月 7 日(金)	7	
	R5 年 9 月 3 日	R5 年 8 月 4 日(金)	7	
	R5 年 10 月 29 日	R5 年 9 月 29 日(金)	7	
	R5 年 11 月 19 日	R5 年 10 月 20 日(金)	7	
	R5 年 12 月 3 日	R5 年 11 月 2 日(木)	7	
	R6 年 1 月 14 日	R5 年 12 月 15 日(金)	7	
	R6 年 2 月 18 日	R6 年 1 月 19 日(金)	7	
	R6 年 3 月 24 日	R6 年 2 月 22 日(木)	7	
コンフォート横浜健診センター（横浜市西区）	R5 年 6 月 4 日	R5 年 5 月 2 日(火)	10	＊日帰り人間ドック 39,600円(26,600円) ＊生活習慣病 23,895円(10,895円) ※日曜に特定健診のみを希望される方、オプションを希望される方は、次ページの個人健診でお申込みください
	R5 年 7 月 16 日	R5 年 6 月 16 日(金)	10	
	R5 年 8 月 20 日	R5 年 7 月 21 日(金)	10	
	R5 年 9 月 3 日	R5 年 8 月 4 日(金)	10	
	R5 年 10 月 15 日	R5 年 9 月 15 日(金)	10	
	R5 年 11 月 5 日	R5 年 10 月 6 日(金)	10	

契約医療機関で受診（個人健診）

★自分で直接予約して受診します★

● 対　象　者：満１６歳以上７５歳未満の加入者の方（加入しているご家族も含みます）

● 契約医療機関：※★印は日曜個人健診も実施しています（実施日は別紙でご確認ください）

京浜健診クリニック（金沢区）	平沼クリニック（西区）
東名厚木メディカルサテライトクリニック（厚木市）	湘南藤沢徳洲会病院（藤沢市）
戸塚共立メディカルサテライト（戸塚区）★	◆相和会横浜総合健診センター（神奈川区）
コンフォート横浜（西区）★	◆相和会みなとみらいメディカルスクエア（西区）
新横浜メディカルサテライト（港北区）	◆相和会相模原総合健診センター（相模原市中央区）

※注意◆相和会グループで「特定健診のみ」を受診する方は「特定健診受診券」が必要です。
９月以降、受診日の１０日前までに電話で神奈川県支部へ発行を依頼してください。

● コース検査項目：医療機関の契約コースによって異なります。
各契約コースは基本健診として２ページの建設国保が指定する特定健診基本検査項目が含まれています。
他の検査項目は１０～１１ページの検査項目一覧をご確認ください。

● 受　診　料：＊特 定 健 診 … 医療機関によって異なります（10,660 円～13,000 円）
※令和５年度で満 40 歳以上の方は無料です（相和会以外は受診券不要）
＊契約コース … 医療機関によって異なります（23,895 円～46,200 円）
※満 16 歳以上 40 歳未満の方は全額お支払いください。
※満 40 歳以上の方は特定健診受診料を減額してお支払いください
今年度中に 40 歳になる方は 40 歳以上の方と同じ受診料です。

● 補 助 金 制 度：窓口で支払った受診料は、おひとりにつき年度内１回、補助金を申請することができます。詳細は６ページをご覧ください。

● 申 込 み 手 順：医療機関へ申し込んだらすぐに支部へ報告をしてください。
※予約する時は「建設国保神奈川県支部の組合員または組合員の家族」である事を伝えてください。
※支部へ予約報告が無いと特定健診分の窓口負担が発生する場合がありますのでご注意ください。

①医療機関とコースを選ぶ
↓
②医療機関へ申込み（電話番号は巻末２０ページに医療機関一覧の記載があります）
↓
③すぐに支部へ予約報告　（巻末の予約報告シートをＦＡＸまたは電話、LINE）
↓
④医療機関から健診案内・健診キット等到着、受診
↓
⑤窓口負担があった方は、受診後に神奈川県支部へ補助金申請

特定健診受診券を利用して受診（個人健診）

★利用期間：１０月１日～３月３１日　特定健診受診券は発行申込みが必要です！★

都合により契約医療機関での受診が利用できない方で、建設国保組合の特定健診受診券が使用できる医療機関で受診される方は、こちらの受診方法をご利用ください。
また、契約医療機関であっても相和会グループで特定健診のみを受診する場合は、特定健診受診券が必要です。

- **対　象　者**：満４０歳以上７５歳未満の加入者の方（加入しているご家族も含みます）
  ※今年度中に 40 歳になる方もご利用いただけます。
- **申込み方法**：神奈川県支部へ発行の依頼をしてください。ご依頼から一週間程度でご自宅へ郵送します。受診券到着後、ご希望の医療機関へはご自身でご予約をお願いいたします。
- **注意事項**：今年度で特定健診について契約医療機関で無料受診、または契約医療機関外での受診分を補助金申請した方は、「特定健診受診券」を使用することはできません。使用した場合は、後日ご請求をいたしますのでご注意ください。

特定健診受診券を利用しないで受診（個人健診）

★満 40 歳以上の方は補助金申請をする時に健康診断結果登録シートをご提出していただきます

契約医療機関が遠い、特定健診のみを希望しているが４月～９月の間に受診したい、受診券が利用できない病院で受診する方は、こちらの受診方法をご利用ください。

- **対　象　者**：満１６歳以上７５歳未満の加入者の方（加入しているご家族も含みます）
- **申込み方法**：ご希望の医療機関へ直接お申し込みください。
- **コース検査項目**：受診する医療機関へお問い合わせください。
- **補助金制度**：窓口で支払った受診料は、おひとりにつき年度内１回、補助金を申請することができます。詳細は６ページをご覧ください。

＜健康診断結果登録シート＞ご提出のお願い

満４０歳以上の方で、今年度契約医療機関以外で特定健診受診券を利用せず人間ドックや一般健康診断を受診された方は補助金申請と同時にご提出をお願いしております。
ご提出していただけなかった場合、国から受診率低迷と判断され、後期高齢者支援金の増額となり、皆様の国民健康保険料についても増額をせざるを得なくなる場合がございます。用紙はホームページ（中小建で検索）または神奈川県支部にて準備しております。

健診費用に対する補助制度と申請方法

「人間ドック等補助金申請」の利用方法

● **補助金制度**：健診を受けた年度内（４月～翌年３月）に満１６歳以上になる加入者（ご家族も対象）が健診（オプションも対象）を受けた時の窓口負担は、補助金申請をすることでその費用を建設国保組合が補助する制度です。

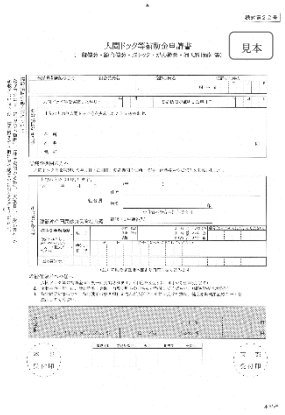
● **補 助 金 額**：

※作成時点での金額です。３月に配布される令和５年度ガイドブックが最新情報となります。

健診等窓口負担費用	補助金額・割合
１円　～　１３,０００円	１０割(実費)
１３,００１円　～　１８,５７２円	１３,０００円
１８,５７３円　～　４２,８５８円	７　割
４２,８５９円　～	３０,０００円

● **申 請 方 法**：「人間ドック等補助金申請書（様式第２２号）」に下記の書類を添えて、神奈川県支部へ申請してください。
申請用紙は、支部へご請求いただくか（返信用封筒付き）、神奈川中小建のホームページからダウンロードしてください。
申請書のダウンロードはこちら⇒

● **送 付 書 類**：①/② 当てはまる方をご確認ください。



記入例

① <u>満 40 歳未満の方 ／ 契約医療機関受診者 ／ 受診券利用者</u>

1. 人間ドック等補助金申請書
2. 領収書のコピー
   （個人名で発行されたもの、健診等を受診したことがわかるもの）
3. 組合員の身分証明書（免許証等）のコピー

② <u>満 40 歳以上</u> かつ <u>契約外医療機関受診者 ／ 受診券不使用者</u>

1. 人間ドック等補助金申請書
2. 領収書のコピー
   （個人名で発行されたもの、健診等を受診したことがわかるもの）
3. 組合員の身分証明書（免許証等）のコピー
4. 健康診断結果登録シート

※満 40 歳以上の方が契約外＆受診券無で健診を受診した場合のみ提出
特定健診の項目以外のみの受診の場合は不要

健康診断結果登録シート

取得した個人情報は、特定健診データとして利用します。他への転用はいたしません。
1)　特定健診データの登録及び同データに基づく保健指導
2)　保健指導を目的とした連絡
なお、第三者に業務を委託します。以上をご了解・ご同意のうえで提出をお願いします。

記入日　　年　　月　　日　　建設連合国民健康保険組合

被保険者証記号番号			受診年月日（西暦）	／　　／
（フリガナ） 名　　前		男・女	受診健診機関名 （健診機関電話番号）	
生年月日（西暦）	／　　／		所在地（市区町村）	

健診結果票（以下の検査項目の結果をすべてご記入ください）　（基準値）

身体測定	身長	cm	血中脂質検査	中性脂肪（ﾄﾘｸﾞﾘｾﾘﾄﾞ）	*150*	mg/dl
	体重	kg		LDL ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ	*120*	mg/dl
	ＢＭＩ	kg/m2		HDL ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ	*40*	mg/dl
	腹囲(実測)	cm	肝機能検査	GOT（AST）	*31*	U/I
血圧	収縮期血圧（最高血圧）	mmHg		GPT（ALT）	*31*	U/I
	拡張期血圧（最低血圧）	mmHg		γ-GT(γ-GTP)	*51*	U/I
尿検査	尿蛋白（○をつける）	1:－　2:±　3:＋ 4:＋＋　5:＋＋＋	血糖検査（いずれかの項目を記入してください）	空腹時血糖（ｸﾞﾙｺｰｽ）	*100*	mg/dl
				随時時血糖（ｸﾞﾙｺｰｽ）	*100*	mg/dl
	尿糖（○をつける）	1:－　2:±　3:＋ 4:＋＋　5:＋＋＋		HbA1c（ﾍﾓｸﾞﾛﾋﾞﾝ A1c）	*5.6*	%

医師の診断（判定） 内容が一番近いものを選択（○をつける）	※複数の所見記載ある場合、診断結果が一番悪いものに○（１から順に診断が悪く、７が最も悪い） **１.異常なし　２.軽度異常　３.経過観察　４.再検査** **５.要精密検査　６.要治療　７.治療中**	診断した医師名
※他覚症状 （理学的所見） （内科診察所見）	**１：あり　　２：なし　（○をつける）** ※１：ありの場合以下に具体的な所見を１つ以上ご記入ください 〔　　〕	

※他覚症状（理学的所見）（内科診察所見）は文章で記載されているものです。見当たらない場合は、『２：なし』に○をつけてください。

問診項目（ご自身の状況をお答えください　※既往歴・自覚症状は複数回答可）

既往歴 ※○をつける	１．特になし　２．高血圧　３．糖尿病　４．高脂血症　５．脳卒中（脳出血・脳梗塞等） ６．心臓病（狭心症・心筋梗塞等）７．慢性腎不全　８．貧血　９．その他
自覚症状 ※○をつける	１．特になし　２．動悸・息切れ　３．目まい　４．胸やけ　５．便秘・下痢　６．痔 ７．残尿感　８．耳鳴り　９．肩こり　１０．腰痛　１１．せき　１２．その他

服薬（血圧）※○をつける	服薬（血糖）※○をつける	服薬（脂質）※○をつける	喫煙※○をつける
１：あり　２：なし	１：あり　２：なし	１：あり　２：なし	１：あり　２：なし