

人間ドック費用助成事業を実施しています。

人間ドック受診にかかる費用の一部を助成します。

人間ドック費用助成の申請期間は、受診日翌日より2年以内です。

なお、人間ドックを受診された方は、後期高齢者医療の健康診査を受ける必要はありません。

対 象 者	受診時に大阪府後期高齢者医療広域連合の被保険者である方																		
検査項目	下記に掲げる検査項目(※)を受診してください。 ※公益社団法人日本人間ドック学会が掲げる一日人間ドック基本検査項目表における必須項目 <table border="1"> <thead> <tr> <th>検査区分</th><th>項 目</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体計測</td><td>身長、体重、肥満度、BMI、腹囲</td></tr> <tr> <td>生 理</td><td>血圧、心電図、心拍数、眼底、眼圧、視力、聴力、呼吸機能</td></tr> <tr> <td>X線・超音波</td><td>胸部X線(または胸部CT)、上部消化管X線(または内視鏡)、腹部超音波(または腹部CT)</td></tr> <tr> <td>生化学</td><td>総蛋白、アルブミン、クレアチニン、eGFR、尿酸、TC、HDL-C、LDL-C、Non-HDL-C、中性脂肪、総ビリルビン、AST、ALT、γ-GT、ALP、空腹時血糖、HbA1c</td></tr> <tr> <td>血液学</td><td>赤血球、白血球、血色素、ヘマトクリット、血小板数、MCV、MCH、MCHC</td></tr> <tr> <td>血清学</td><td>CRP、(血液型、HBs抗原)</td></tr> <tr> <td>尿</td><td>蛋白、尿糖、潜血、(沈渣)</td></tr> <tr> <td>その 他</td><td>便潜血、医療面接、医師診察、結果説明、保健指導</td></tr> </tbody> </table>	検査区分	項 目	身体計測	身長、体重、肥満度、BMI、腹囲	生 理	血圧、心電図、心拍数、眼底、眼圧、視力、聴力、呼吸機能	X線・超音波	胸部X線(または胸部CT)、上部消化管X線(または内視鏡)、腹部超音波(または腹部CT)	生化学	総蛋白、アルブミン、クレアチニン、eGFR、尿酸、TC、HDL-C、LDL-C、Non-HDL-C、中性脂肪、総ビリルビン、AST、ALT、γ-GT、ALP、空腹時血糖、HbA1c	血液学	赤血球、白血球、血色素、ヘマトクリット、血小板数、MCV、MCH、MCHC	血清学	CRP、(血液型、HBs抗原)	尿	蛋白、尿糖、潜血、(沈渣)	その 他	便潜血、医療面接、医師診察、結果説明、保健指導
検査区分	項 目																		
身体計測	身長、体重、肥満度、BMI、腹囲																		
生 理	血圧、心電図、心拍数、眼底、眼圧、視力、聴力、呼吸機能																		
X線・超音波	胸部X線(または胸部CT)、上部消化管X線(または内視鏡)、腹部超音波(または腹部CT)																		
生化学	総蛋白、アルブミン、クレアチニン、eGFR、尿酸、TC、HDL-C、LDL-C、Non-HDL-C、中性脂肪、総ビリルビン、AST、ALT、γ-GT、ALP、空腹時血糖、HbA1c																		
血液学	赤血球、白血球、血色素、ヘマトクリット、血小板数、MCV、MCH、MCHC																		
血清学	CRP、(血液型、HBs抗原)																		
尿	蛋白、尿糖、潜血、(沈渣)																		
その 他	便潜血、医療面接、医師診察、結果説明、保健指導																		
注意事項	①脳ドックや各種がん検査等、上記検査項目以外の検査の費用は助成の対象になりません。 ②上記検査項目のうち複数欠けているもの、複数の受診を組み合わせたものは、人間ドックとみなせず助成できない場合があります。																		
助 成 の 流 れ	①人間ドックを受診し、いったん費用全額を自己負担してください。 ②お住まいの市区町村担当窓口で費用助成を申請してください。 ③申請内容を審査のうえ、申請書で指定された口座に助成金を振り込みます。 ※指定病院は特にありません。																		
申 請 に 必 要 な も の	①人間ドックの受診日記載の領収書 } 助成要件の確認に必要です。 ②検査結果通知書一式(コピー可) } ③後期高齢者医療被保険者証 ④口座情報のわかるもの ⑤申請書(質問票含む) …申請時にお渡しします。 ※申請者以外の口座に振り込む場合で、申請者ご自身で記入されない場合は、印かんが必要です。 ※検査結果通知書の写しの提出に応じられない場合は、提出先の窓口にお申し出ください。																		
助 成 額	26,000円を上限に支給します。																		
受診期間	4月1日～当該年度の3月31日(年度中1回)																		

人間ドック費用助成申請に関する個人情報については、個人情報の保護に関する法律に基づき適正に管理します。

また、高齢者の医療の確保に関する法律第125条の3に基づき、被保険者の健康増進のために、必要に応じて本申請情報をお住まいの市区町村に提供します。なお、人間ドックの結果をもとに、お住まいの市区町村や広域連合から、健康情報の提供や保健事業のご案内をさせていただく場合があります。

大阪府後期高齢者医療広域連合

〒540-0028 大阪市中央区常盤町1-3-8(中央大通FNビル8階)

電話 06-4790-2031 FAX 06-4790-2030