

名称	国保特定健康診査	国保指定医療機関 日帰り人間ドック事業	国保個人人間ドック事業
対象者	40~74歳(令和6年3月31日時点)	40~74歳(令和6年3月31日時点) 国保料を完納している世帯の被保険者	40~74歳(令和6年3月31日時点) 国保料を完納している世帯の被保険者
定員	なし	先着120名	先着20名
健診期間	7月~11月	7月~11月	4月~翌年3月(年度内)
実施場所	*三重県特定健診実施協力医療機関	*四日市医師会朝日町国保 日帰り人間ドック実施協力医療機関	*四日市医師会所属医療機関以外の医療機関
自己負担額	<ul style="list-style-type: none"> 40~69歳 1,000円 70~74歳 500円 	<ul style="list-style-type: none"> ●10,500円(健診総額の約3割程度) ●ただし下記の方は、子育て健康課の朝日町個別胃がん検診(胃カメラ)“無料”に変更可 6,400円(人間ドックの胃がん検診を差引いた額) <ul style="list-style-type: none"> 昭和23年9月1日~昭和24年4月1日生 昭和25年4月2日~昭和26年4月1日生 昭和27年4月2日~昭和28年4月1日生 (申請時に申し出てください) 	<ul style="list-style-type: none"> ●健診費用の全額 *後日、健診に要した費用(税込)の10分の7を町が補助。 但し、補助上限額を20,000円とする。 また、100円未満は切り捨てて補助(振込)
健診内容	下記 <input type="checkbox"/> を参照	<ul style="list-style-type: none"> ① 特定健診検査項目に加え、詳細血液検査 ② 大腸がん検診(便潜血2日法) ③ 胸部レントゲン *腹部超音波 ④ 胃カメラ、又は胃バリウム *②~④については希望により検査を辞退することができます (申請時に申し出てください) 	<ul style="list-style-type: none"> *事業対象要件：下記の①~④をすべて含む ①今年度の特定健康診査項目を全て含んだ健診内容であること。下記 <input type="checkbox"/> を参照 ②希望医療機関の設定する人間ドックコースやオプション受診。(2病院以上の受診や複数日の受診は無効。ただし、医療機関の指示であれば対象) ③全ての健診内容が保険診療外であること。 ④職場健診は対象外とする。
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> *役場への申込みは必要なし。 *6月下旬、個人宛てに”受診券“(緑色の封筒)が届く。 *同封の医療機関名簿から希望の医療機関に各自で健診を申込み。 *健診料は、健診当日に医療機関で支払う。 *健診結果は医療機関から直接受取る。 	<ul style="list-style-type: none"> *事前申込みは電話または窓口(家族代理可能) 申込み後の流れ →審査後、必要書類が届く。 →各自指定医療機関へ申込み・受診 受診先で自己負担金を支払う。 	<ul style="list-style-type: none"> 申込み方法 *申込みは電話または窓口(家族代理可能) *申込期間 令和6年1月31日(水)まで 申込み後の流れ →必要書類が届く。 →各自医療機関へ申込み・受診 受診先で費用全額を支払う 事後申請 *事後申請は窓口(家族代理可)又は郵送申請 *事後申請期限は令和6年3月29日(金) →役場へ下記を提出 (領収書・健診結果・質問票・申請書類等) →審査後、交付決定(不交付決定)通知が郵送 決定者には後日補助金が振込みされます。 (振込みには2ヶ月程度かかります)

◎対象者のうち、昭和23年9月1日~昭和24年3月31日生まれの方は、誕生日の前日までが対象となります。誕生日以降は国保から後期高齢者医療保険に変わりますが、令和5年度の後期高齢者健診は受診できません。

令和5年度 特定健康診査項目

問診、身体計測、血圧測定、心電図、理学的検査(視診・触診・聴打診)、尿検査(尿糖・尿蛋白、尿潜血)
血液検査(中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール・GOT・GPT・γ-GTP・クレアチニン・BUN・尿酸・空腹時血糖、HbA1c)
医師の判断(判定)、健康診査を実施した医療機関名および医師名の記載

*ただし、特定健診は医療機関により空腹時血糖とHbA1cのどちらか一方の場合もあり、かつ眼底検査は、問診・診察などの結果により厚生労働省の一定基準のもと、医師が必要と認めた場合に実施されます。

当町の国保個人人間ドック事業は、空腹時血糖とHbA1cは両方とも必須とし、眼底検査は任意とします。

【申込、お問い合わせ先：朝日町役場 保険福祉課 電話059-377-5659】