**令和７年度　国保健康診査(特定健康診査と２つの人間ドック事業)のお知らせ　　　令和７年４月**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | 国保個別人間ドック事業 |
| 対象者 | ●昭和2５年9月1日生～昭和6１年3月31日生 | ●昭和2５年9月1日生～昭和6１年3月31日生●国保料を完納している世帯の被保険者 | ●昭和2５年9月1日生～昭和6１年3月31日生●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２３日～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 | 40～69歳　1,000円70～74歳　５００円 | ●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）昭和２５年９月１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日生昭和２９年４月２日～昭和３０年４月１日生（申請時に申し出てください） | ●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 | ・問診、視診・触診・聴打診、心電図・身体計測（身長、体重、腹囲、BMI）・血圧測定・血液検査（空腹時中性脂肪・HDL・LDL　AST（GOT）・ALT（GPT）・γGTP空腹時血糖・HbA1c・BUN・アルブミン尿酸・血清クレアチニン・eGFR・赤血球白血球・血色素・ヘマトクリット）・尿検査（尿糖・尿蛋白・尿潜血）・眼底検査（医師が必要と認めたとき） | ①特定健診検査項目に加え、詳細血液検査②腹部超音波③大腸がん検診（便潜血2日法）④胸部レントゲン⑤胃カメラ、又は胃バリウム＊③～⑤については希望により検査を辞退することができます（役場申請時に申し出てください） | ＊事業対象要件：下記の①～④をすべて含む①下記　　　の実施項目を全て含んだ健診内容であること。　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 | ＊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む。＊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。 | ＊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。 | 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８年１月３０日（金）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８年３月３１日（火）→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2５年9月1日～昭和2６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７年度の後期高齢者健診は受診できません。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**令和７年度　個別人間ドック事業検査項目**

身体計測（身長・体重・腹囲・ＢＭＩ）、　既往歴、自覚症状、他覚症状、　視診・触診・聴打診、　尿検査（糖・蛋白・潜血）、　血圧測定

血液検査（空腹時血糖・HbA１c（NGSP値）・空腹時中性脂肪・HDL・LDL・GOT（AST）・GPT（ALT）・γGTP・アルブミン

クレアチニン・eGFR・尿酸・赤血球数・血色素量・ヘマトクリット）

心電図 令和7年度より、

医師の診断（判定）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 個別人間ドックの検査項目から

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**BUN（尿素窒素）**が除外されて

●空腹時中性脂肪・血糖値における空腹時とは絶食１０時間以上とします。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　います。

●LDＬは中性脂肪が400㎎／㎗以上又は食後採血の場合はnonHDLの測定値に代えられます。

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