

2026年度生活習慣病健診等負担区分一覧（任意継続被保険者とその被扶養者が受診する場合）

| 種目                                                                                                                                                                  | コース                                                            | コース内容等                                                       | 健診機関<br>(予約案内)                            | ①亀田クリニック健康管理センター<br>04-7099-1115予約係または内線5550<br>(10:00～16:00)（土曜は12:00）<br>②幕張クリニック：043-296-2321<br>予約係（10:00～16:30）<br>③京橋クリニック：03-3527-9202<br>予約係（10:00～16:30）<br>（土曜は12:00） |                                                      |                                    | ④安房地域医療センター<br>0470-25-5120 健診室<br>(13:00～16:00) |                      |                     | ⑤亀田森の里病院<br>046-247-2121<br>(9:00～16:30) |                    |                                 | ⑥プラタナス<br>イーク丸の内<br>イーク表参道<br>イーク有楽町<br>イーク紀尾井町<br>用賀アーバンクリニック<br>※隣メディア所属の方のみ（別途お知らせ） |                      |                      |                      |                     |                      |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------|---------------------|------------------------------------------|--------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------|----------------------|------------|
|                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                              |                                           | 健保組合補助                                                                                                                                                                          |                                                      | 本人負担額                              | コース                                              | 健保組合補助               |                     | 本人負担額                                    | コース                | 健保組合補助                          |                                                                                        | 本人負担額                | コース                  | 健保組合補助               |                     | 本人負担額                |            |
|                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                              |                                           | 生活習慣病分                                                                                                                                                                          | 特定健診分                                                |                                    |                                                  | 生活習慣病分               | 特定健診分               |                                          |                    | 生活習慣病分                          | 特定健診分                                                                                  |                      |                      | 生活習慣病分               | 特定健診分               |                      |            |
| 特定健康診査                                                                                                                                                              | オプション                                                          | 特定健康診査                                                       | 特定健康診査                                    | 特定健康診査                                                                                                                                                                          | 特定健康診査                                               | 特定健康診査                             | 特定健康診査                                           | 特定健康診査               | 特定健康診査              | 特定健康診査                                   | 特定健康診査             | 特定健康診査                          | 特定健康診査                                                                                 | 特定健康診査               | 特定健康診査               | 特定健康診査               |                     |                      |            |
|                                                                                                                                                                     |                                                                | 貧血検査                                                         | ※医師の判断にて実施した場合のみ                          | 0<br>(税別0)                                                                                                                                                                      | 242<br>(税別220)                                       | 0<br>(税別0)                         | 0<br>(税別0)                                       | 242<br>(税別220)       | 0<br>(税別0)          | 0<br>(税別0)                               | 242<br>(税別220)     | 0<br>(税別0)                      | 0<br>(税別0)                                                                             | 242<br>(税別220)       | 0<br>(税別0)           |                      |                     |                      |            |
|                                                                                                                                                                     |                                                                | 眼底検査                                                         | ※医師の判断にて実施した場合のみ                          | 0<br>(税別0)                                                                                                                                                                      | 1,232<br>(税別1,120)                                   | 0<br>(税別0)                         | 0<br>(税別0)                                       | 1,232<br>(税別1,120)   | 0<br>(税別0)          | 0<br>(税別0)                               | 1,232<br>(税別1,120) | 0<br>(税別0)                      | 0<br>(税別0)                                                                             | 1,232<br>(税別1,120)   | 0<br>(税別0)           |                      |                     |                      |            |
|                                                                                                                                                                     |                                                                | 心電図検査                                                        | ※医師の判断にて実施した場合のみ                          | 0<br>(税別0)                                                                                                                                                                      | 1,430<br>(税別1,300)                                   | 0<br>(税別0)                         | 0<br>(税別0)                                       | 1,430<br>(税別1,300)   | 0<br>(税別0)          | 0<br>(税別0)                               | 1,430<br>(税別1,300) | 0<br>(税別0)                      | 0<br>(税別0)                                                                             | 1,430<br>(税別1,300)   | 0<br>(税別0)           |                      |                     |                      |            |
|                                                                                                                                                                     |                                                                | 血清αフチン検査<br>及びeGFR                                           | ※医師の判断にて実施した場合のみ                          | 0<br>(税別0)                                                                                                                                                                      | 121<br>(税別110)                                       | 0<br>(税別0)                         | 0<br>(税別0)                                       | 121<br>(税別110)       | 0<br>(税別0)          | 0<br>(税別0)                               | 121<br>(税別110)     | 0<br>(税別0)                      | 0<br>(税別0)                                                                             | 121<br>(税別110)       | 0<br>(税別0)           |                      |                     |                      |            |
| 生活習慣病健診                                                                                                                                                             | 一日コース                                                          | A                                                            | 1日コース標準検査<br>(女性または50歳未満の男性)              | 29,895<br>(税別27,178)                                                                                                                                                            | 7,150<br>(税別6,500)                                   | 5,855<br>(税別5,322)                 | A                                                | 29,895<br>(税別27,178) | 7,150<br>(税別6,500)  | 5,855<br>(税別5,322)                       | A                  | 25,495<br>(税別23,178)            | 7,150<br>(税別6,500)                                                                     | 5,855<br>(税別5,322)   | A                    | 29,895<br>(税別27,178) | 7,150<br>(税別6,500)  | 5,855<br>(税別5,322)   |            |
|                                                                                                                                                                     |                                                                | B                                                            | 1日コース標準検査（前立腺特異抗原[PSA]測定含む）<br>(50歳以上の男性) | 32,095<br>(税別29,178)                                                                                                                                                            | 7,150<br>(税別6,500)                                   | 5,855<br>(税別5,322)                 | B                                                | 32,095<br>(税別29,178) | 7,150<br>(税別6,500)  | 5,855<br>(税別5,322)                       | B                  | 27,695<br>(税別25,178)            | 7,150<br>(税別6,500)                                                                     | 5,855<br>(税別5,322)   | B                    | 32,095<br>(税別29,178) | 7,150<br>(税別6,500)  | 5,855<br>(税別5,322)   |            |
|                                                                                                                                                                     |                                                                | C                                                            | A＋乳房検査                                    | 40,895<br>(税別37,178)                                                                                                                                                            | 7,150<br>(税別6,500)                                   | 5,855<br>(税別5,322)                 | C                                                | 40,895<br>(税別37,178) | 7,150<br>(税別6,500)  | 5,855<br>(税別5,322)                       |                    |                                 |                                                                                        | C                    | 40,895<br>(税別37,178) | 7,150<br>(税別6,500)   | 5,855<br>(税別5,322)  |                      |            |
|                                                                                                                                                                     |                                                                | D                                                            | A＋子宮がん検査（内膜細胞診検査は別途）                      | 36,495<br>(税別33,178)                                                                                                                                                            | 7,150<br>(税別6,500)                                   | 5,855<br>(税別5,322)                 | D                                                | 36,496<br>(税別33,178) | 7,150<br>(税別6,500)  | 5,855<br>(税別5,322)                       |                    |                                 |                                                                                        | D                    | 36,495<br>(税別33,178) | 7,150<br>(税別6,500)   | 5,855<br>(税別5,322)  |                      |            |
|                                                                                                                                                                     |                                                                | E                                                            | A＋乳房・子宮がん検査（内膜細胞診検査は別途）                   | 47,495<br>(税別43,178)                                                                                                                                                            | 7,150<br>(税別6,500)                                   | 5,855<br>(税別5,322)                 | E                                                | 47,496<br>(税別43,178) | 7,150<br>(税別6,500)  | 5,855<br>(税別5,322)                       |                    |                                 |                                                                                        | E                    | 47,495<br>(税別43,178) | 7,150<br>(税別6,500)   | 5,855<br>(税別5,322)  |                      |            |
|                                                                                                                                                                     |                                                                | ◇胃検査は原則レントゲン（バリウム）検査となり、<br>内視鏡検査を希望した場合、右記料金が加算されます（予約時に選択） |                                           |                                                                                                                                                                                 | 【①②③の全機関】<br>※③のみ鎮静剤未使用の場合                           | +5,500<br>(税別5,000)                | 鎮静剤未使用の場合                                        |                      |                     | +5,500<br>(税別5,000)                      |                    |                                 |                                                                                        | 鎮静剤未使用の場合            |                      |                      | +5,500<br>(税別5,000) |                      |            |
|                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                              |                                           |                                                                                                                                                                                 | 【③京橋CL】鎮静剤使用の場合                                      | +6,600<br>(税別6,000)                | 鎮静剤使用の場合                                         |                      |                     | +9,900<br>(税別9,000)                      |                    |                                 |                                                                                        | 鎮静剤使用の場合             |                      |                      | +9,900<br>(税別9,000) |                      |            |
|                                                                                                                                                                     |                                                                | オプション                                                        | 日帰り二日コース<br>（京橋クリニックは一日）                  | F                                                                                                                                                                               | A＋大腸検査（女性または50歳未満の男性）<br>※2年に1回（年度末年齢が偶数の歳）          | 健診機関<br>①②<br>40,895<br>(税別37,178) | 7,150<br>(税別6,500)                               | 11,355<br>(税別10,322) | F                   | 40,895<br>(税別37,178)                     | 7,150<br>(税別6,500) | 11,355<br>(税別10,322)            | C                                                                                      | 36,495<br>(税別33,178) | 7,150<br>(税別6,500)   | 11,355<br>(税別10,322) |                     |                      |            |
|                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                              |                                           | G                                                                                                                                                                               | B＋大腸検査（50歳以上の男性）<br>※2年に1回（年度末年齢が偶数の歳）               | 健診機関<br>①②<br>43,095<br>(税別39,178) | 7,150<br>(税別6,500)                               | 11,355<br>(税別10,322) | G                   | 43,095<br>(税別39,178)                     | 7,150<br>(税別6,500) | 11,355<br>(税別10,322)            |                                                                                        | D                    | 38,695<br>(税別35,178) | 7,150<br>(税別6,500)   |                     | 11,355<br>(税別10,322) |            |
|                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                              |                                           | H                                                                                                                                                                               | A＋大腸・乳房検査<br>※2年に1回（年度末年齢が偶数の歳）                      | 健診機関<br>①②<br>51,895<br>(税別47,178) | 7,150<br>(税別6,500)                               | 11,355<br>(税別10,322) | H                   | 51,895<br>(税別47,178)                     | 7,150<br>(税別6,500) | 11,355<br>(税別10,322)            |                                                                                        |                      |                      |                      |                     |                      |            |
|                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                              |                                           | I                                                                                                                                                                               | A＋大腸・子宮がん検査（内膜細胞診検査は別途）<br>※2年に1回（年度末年齢が偶数の歳）        | 健診機関<br>①②<br>47,495<br>(税別43,178) | 7,150<br>(税別6,500)                               | 11,355<br>(税別10,322) | I                   | 47,495<br>(税別43,178)                     | 7,150<br>(税別6,500) | 11,355<br>(税別10,322)            |                                                                                        |                      |                      |                      |                     |                      |            |
|                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                              |                                           | J                                                                                                                                                                               | A＋大腸・乳房・子宮がん検査<br>（内膜細胞診検査は別途）<br>※2年に1回（年度末年齢が偶数の歳） | 健診機関<br>①②<br>58,495<br>(税別53,178) | 7,150<br>(税別6,500)                               | 11,355<br>(税別10,322) | J                   | 58,495<br>(税別53,178)                     | 7,150<br>(税別6,500) | 11,355<br>(税別10,322)            |                                                                                        |                      |                      |                      |                     |                      |            |
| ◇胃検査を希望された場合、内視鏡検査となり、右記料金が加算されま<br>す<br>注）胃検査をレントゲンで実施した場合、バリウム（造影剤）を飲むた<br>め、大腸検査は1週間後以降となる場合があります。<br>（大腸検査の日程は、予約状況等によりますのでご確認ください）<br>※機関により、大腸内視鏡検査の料金が異なります。 |                                                                |                                                              |                                           | 【①②③の全機関】<br>※③は鎮静剤未使用の場合                                                                                                                                                       | +5,500<br>(税別5,000)                                  | 鎮静剤未使用の場合                          |                                                  |                      | +5,500<br>(税別5,000) | 鎮静剤未使用の場合                                |                    |                                 | +5,500<br>(税別5,000)                                                                    |                      |                      |                      |                     |                      |            |
|                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                              |                                           | 【③】胃または大腸または上下<br>内視鏡にて鎮静剤使用の場合                                                                                                                                                 | +6,600<br>(税別6,000)                                  | 鎮静剤使用の場合                           |                                                  |                      | +7,700<br>(税別7,000) | 鎮静剤使用の場合                                 |                    |                                 | +7,700<br>(税別7,000)                                                                    |                      |                      |                      |                     |                      |            |
| 骨粗鬆症検査                                                                                                                                                              | ※40歳以上希望者<br>※②幕張クリニックの場合は女性のみ(税別3,000円)                       |                                                              |                                           | 4,400<br>(税別4,000)                                                                                                                                                              | 0<br>(税別0)                                           | 0<br>(税別0)                         | 骨<br>密<br>度                                      | 1,540<br>(税別1,400)   | 0<br>(税別0)          | 0<br>(税別0)                               | 骨<br>密<br>度        | 2,200<br>(税別2,000)              | 0<br>(税別0)                                                                             | 0<br>(税別0)           | 骨<br>密<br>度          | 4,400<br>(税別4,000)   |                     | 0<br>(税別0)           | 0<br>(税別0) |
| 肺がん検査                                                                                                                                                               | ヘリカルCT<br>※50歳未満5年に1回、50歳以上2年に1回<br>（40歳・45歳・50歳・52歳・54歳……74歳） |                                                              |                                           | 16,500<br>(税別15,000)                                                                                                                                                            | 0<br>(税別0)                                           | 0<br>(税別0)                         | 肺<br>C<br>T                                      | 16,500<br>(税別15,000) | 0<br>(税別0)          | 0<br>(税別0)                               | 肺<br>C<br>T        | 16,500<br>(税別15,000)            | 0<br>(税別0)                                                                             | 0<br>(税別0)           | 肺<br>C<br>T          | 16,500<br>(税別15,000) |                     | 0<br>(税別0)           | 0<br>(税別0) |
| 喀痰細胞診                                                                                                                                                               | ※希望の場合はCTと同時に実施（単体実施不可）<br>【①健康管理セン-②幕張CL・⑤亀田森の里】で可            |                                                              |                                           | 0<br>(税別0)                                                                                                                                                                      | 0<br>(税別0)                                           | 5,500<br>(税別5,000)                 |                                                  |                      |                     | 喀<br>痰                                   | 0<br>(税別0)         | 0<br>(税別0)                      | 3,300<br>(税別3,000)                                                                     |                      |                      |                      |                     |                      |            |
| 脳ドック<br>(MRI・MRA)                                                                                                                                                   | ※40歳以上2年に1回（年度末年齢が偶数の歳）                                        | 16,500<br>(税別15,000)                                         | 0<br>(税別0)                                | 16,500<br>(税別15,000)                                                                                                                                                            | 脳                                                    | 16,500<br>(税別15,000)               | 0<br>(税別0)                                       | 16,500<br>(税別15,000) | 脳                   | 16,500<br>(税別15,000)                     | 0<br>(税別0)         | 16,500<br>(税別15,000)            | 脳                                                                                      | 16,500<br>(税別15,000) | 0<br>(税別0)           | 16,500<br>(税別15,000) |                     |                      |            |
| 冠動脈(心臓)造影<br>CT検査                                                                                                                                                   | ※50歳未満5年に1回、50歳以上2年に1回<br>【①健康管理セン-】で可                         | 27,500<br>(税別25,000)                                         | 0<br>(税別0)                                | 27,500<br>(税別25,000)                                                                                                                                                            |                                                      |                                    |                                                  |                      |                     |                                          |                    |                                 |                                                                                        |                      |                      |                      |                     |                      |            |
| 前立腺特異<br>抗原[PSA]測定                                                                                                                                                  | ※50歳未満の男性                                                      | 0<br>(税別0)                                                   | 0<br>(税別0)                                | 2,200<br>(税別2,000)                                                                                                                                                              | 前<br>立<br>腺                                          | 0<br>(税別0)                         | 0<br>(税別0)                                       | 2,200<br>(税別2,000)   | 前<br>立<br>腺         | 0<br>(税別0)                               | 0<br>(税別0)         | 2,200<br>(税別2,000)              | 前<br>立<br>腺                                                                            | 0<br>(税別0)           | 0<br>(税別0)           | 2,640<br>(税別2,400)   |                     |                      |            |
| 子宮内膜<br>細胞診検査                                                                                                                                                       | ※子宮がん検査を含むコースと同時の場合のみ                                          | 0<br>(税別0)                                                   | 0<br>(税別0)                                | 5,500<br>(税別5,000)                                                                                                                                                              | H<br>P<br>V<br>検<br>査                                | 0<br>(税別0)                         | 0<br>(税別0)                                       | 5,500<br>(税別5,000)   |                     |                                          |                    | 子<br>宮<br>内<br>膜<br>H<br>P<br>V | 0<br>(税別0)                                                                             | 0<br>(税別0)           | 6,270<br>(税別5,700)   |                      |                     |                      |            |
| HPV検査<br>(ヒトパピローマウイルス)                                                                                                                                              | ※子宮がん検査において、さらに精度を<br>あげる検査                                    | 0<br>(税別0)                                                   | 0<br>(税別0)                                | 4,400<br>(税別4,000)                                                                                                                                                              | HPV<br>検<br>査                                        | 0<br>(税別0)                         | 0<br>(税別0)                                       | 5,500<br>(税別5,000)   |                     |                                          |                    | HPV<br>検<br>査                   | 0<br>(税別0)                                                                             | 0<br>(税別0)           | 5,500<br>(税別5,000)   |                      |                     |                      |            |

※ 補助の対象者は、年度末年齢が30歳～39歳の女性被保険者で、受診日において被保険者資格を有する者とします。（中途入職者を含みます。）

検査項目

1. 1日コース標準検査

- (1) 身体計測

(2) 耳検査

(3) 眼検査

(4) 呼吸器系

(5) 循環器系

(6) 消化器系

(7) 腹部超音波

(8) 糖代謝

(9) 肝・膵機能検査

(10) 腎機能検査
- ・問診 ・身長 ・体重 ・BMI ・腹囲 ・肥満度 ・質問票（喫煙歴、服薬歴等）

・聴力検査(左右) ・所見

・視力(左右) ・眼圧測定 ・眼底検査(左右) ※眼圧、眼底検査は施設により実施しない場合がある

・肺機能検査 ・胸部レントゲン（2方向）※肺がん検診実施者は実施しないこともある

・血圧 ・安静時心電図・心拍数

・食道 ・十二指腸 ・便検査(便潜血2回) ・胃検査(原則レントゲン)・・・内視鏡希望者は自己負担

・肝臓(脾臓を含む) ・胆のう、胆管 ・腎臓 ・膵臓 ・その他

・空腹時血糖 ・ヘモグロビンA1c

・総蛋白 ・GOT ・GPT ・ALP ・総ビリルビン ・γ-GTP ・血清アミラーゼ ・アルブミン

・尿比重 ・尿蛋白 ・尿糖 ・尿ウレノゲン ・尿PH ・尿潜血 ・尿酸 ・尿沈渣

・血清αフチン検査及びeGFR

・総コレステロール ・HDLコレステロール ・LDLコレステロール ・中性脂肪 ・non-HDLコレステロール

・赤血球数 ・白血球数 ・血色素量 ・ヘマトクリット値 ・血小板数

・HCV抗体 ・MCV ・MCH ・MCHC ・CRP ・PSA精密検査（50歳以上）

・マンモグラフィ ・エコー（触診なし）

※幕張CLまたは京橋CLの乳房検査では、マングラフィとトモシンシス(3Dマングラフィ)が可能です。予約時にご確認ください。

◆自己負担(幕張)：マングラフィ＋乳房超音波検査 0円、トモシンシス＋マングラフィ 0円、マングラフィ＋乳房超音波検査＋トモシンシス 3,300円  
(京橋)：マングラフィ＋乳房超音波検査 0円、トモシンシス＋乳房超音波検査 2,200円

3. 子宮がん検査

4. 大腸検査

5. 骨密度検査

6. 肺がん検診（C T）

〃（喀痰細胞診）

7. 冠動脈(心臓)造影C T検査

8. 脳ドック（MR I・MRA）

9. 前立腺特異抗原測定

10. 子宮内膜細胞診検査

11. HPV検査

12. 乳がん特別検診

- ・内診 ・膣部細胞診 ・エコー（頸陰）

・2年に1回（40歳～2年ごと）

・オプション（40歳以上） ※実施する医療機関により料金と検査部位が異なります。

・50歳未満5年に1回(40歳・45歳)・50歳以上2年に1回

・希望の場合はC Tと同時に実施（京橋CL・安房C不可）※自己負担

・50歳未満5年に1回(40歳・45歳)・50歳以上2年に1回

・2年に1回（40歳～2年ごと） ※一部自己負担

・オプション（50歳未満） ※自己負担

・オプション ※自己負担

・オプション ※自己負担

・乳腺エコー（30歳以上40歳未満の女性被保険者）