

令和6年7月3日

会 員 各 位

近畿税理士会 和歌山支部  
支 部 長 坂本 忠進  
担当副支部長 西川 明伸

### 「会員の健康診断」のご案内

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、本年度の健康診断について、下記のとおりご案内申し上げます。

また、受診機関については、「医療法人巨周会 喜多クリニック」「一般社団法人和歌山市医師会成人病センター」のどちらかをご選択のうえお申込みください。

#### 記

受診機関	医療法人巨周会 <b>喜多クリニック</b> 和歌山市小松原通1丁目1-11 大岩ビル3F <b>☎425-2235</b>	一般社団法人和歌山市医師会 <b>成人病センター</b> 和歌山市手平2丁目1-2 和歌山ビッグ愛 <b>☎435-5195</b>
受診対象者	和歌山支部会員のみ(ご家族等の申込みは直接受診機関へお問い合わせください) 全国健康保険協会加入(対象 35歳～74歳) 近畿税理士国民健康保険組合加入 和歌山市在住で国民健康保険加入(対象 40歳～74歳) ※75歳以上の方は後期高齢者医療制度が適用され個別判断を要しますので、検査項目及び料金は受診機関にお問い合わせ下さい。	
健診日 裏面参照	令和6年9月1日(日)～30日(月) 日曜・祝日除く <b>健診日の調整は喜多クリニック</b> が行います。	令和6年9月の設定日17日間で定員32名 <b>内、女性会員で婦人科の受診を希望される方は設定日14日で定員15名</b> になります。 <b>健診日の調整は税理士会にて申込み先着順</b> で行います。
健診当日の 注意点	●必ずマスクの着用をお願いします。	●必ずマスクの着用をお願いします。 ●更衣室の使用はできませんのでご注意ください。
申込期限	<b>令和6年7月25日(木) 期限厳守</b>	
検査項目 費用	別紙①参照	別紙②参照
オプション 検査(費用)	喜多クリニック健診申込書 別紙参照	成人病センター健診申込書 別紙参照
その他	●全国健康保険協会加入ご加入の方は事前提出書類がありますので、申込後に受診機関より連絡があります。 ●和歌山市在住で国民健康保険加入の方は健診当日「 <b>特定健康診査受診券</b> 」をご持参下さい。 ●近畿税理士国民健康保険組合加入の方は受診後、各自近畿税理士国民健康保険組合宛 別添「 <b>補助金交付申請書</b> 」をご提出下さい。 ● <b>健診日当日は必ず保険証をご持参</b> のうえ受診機関受付へご提示ください。	

## 健診日程

### 喜多クリニック

R6.9.1～R6.9.30

土曜日は午前中のみ

日	月	火	水	木	金	土
1	2	3	4	5	6	7
X						
8	9	10	11	12	13	14
X						
15	16	17	18	19	20	21
X	X					
22	23	24	25	26	27	28
X	X					
29	30					
X						

婦人科なし

### 成人病センター

R6.9.1～R6.9.30

日	月	火	水	木	金	土
1	2	3	4	5	6	7
	定員2名 内1名婦人科 設定日	定員2名 内1名婦人科 設定日	定員1名 内1名婦人科 設定日	定員2名	X	X
8	9	10	11	12	13	14
X	定員1名 内1名婦人科 設定日	定員2名 内1名婦人科 設定日	定員2名 内1名婦人科 設定日	定員2名	定員2名 内1名婦人科 設定日	X
15	16	17	18	19	20	21
X	X	定員2名 内1名婦人科 設定日	定員2名 内1名婦人科 設定日	定員2名	定員2名 内1名婦人科 設定日	X
22	23	24	25	26	27	28
X	X	定員2名 内1名婦人科 設定日	定員2名 内2名婦人科 設定日	X	定員2名 内1名婦人科 設定日	X
29	30					
X	定員2名 内1名婦人科 設定日					

17日間 定員32名

**申込締切日 7月25日(木) 期限厳守でお願いします**

### 喜多クリニック 健診申込書

氏 名	
住 所	
連絡先電話番号	
生 年 月 日	
健 診 希 望 日	第1希望日：           日   (    )
	第2希望日：           日   (    )
	第3希望日：           日   (    )
オプション検査	<p>いずれかに○印をお願いします</p> <p>①希望する                      ②希望しない</p> <p>① <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">希望する</span>に○印の方は、オプション検査申込書を記入のうえこの健診申込書と一緒に FAX をお願いします。</p>
いずれかに○印をお願いします	加入保険の種類
	・ 全国健康保険協会 (協会けんぽ)
	・ 近畿税理士国民健康保険
	・ 国民健康保険
	・ 後期高齢者医療保険
	・ その他
備 考	

**申込締切日 7月25日(木) 期限厳守でお願いします**

成人病センター 健診申込書

氏 名	
住 所	
連絡先電話番号	
生 年 月 日	
健 診 希 望 日	第1希望日：           日   (    )
	第2希望日：           日   (    )
	第3希望日：           日   (    )
オプション検査	<p>いずれかに○印をお願いします</p> <p>① 希望する                      ②希望しない</p> <p>② <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">希望する</span>に○印の方は、オプション検査申込書を記入のうえこの健診申込書と一緒に FAX をお願いします。</p>
いずれかに○印をお願いします	<p>加入保険の種類</p>
	<p>・ 全国健康保険協会（協会けんぽ）</p> <p>健診①希望                      健診②希望</p> <p>いずれかに○印をお願いします。</p>
	<p>・ 近畿税理士国民健康保険</p>
	<p>・ 国民健康保険</p>
	<p>・ 後期高齢者医療保険</p>
備 考	

## 喜多クリニック検査内容

## 全国健康保険協会

消化器系検査	胃部X線撮影(直接)
呼吸器系検査	胸部X線検査(直接)
循環器系検査	心電図(12誘導)・血圧測定
肝機能検査	GOT・GPT・ $\gamma$ -GTP・ALP
脂質検査	総コレステロール・中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール
腎機能検査	尿酸・クレアチニン
糖尿病検査	血糖(空腹時)
貧血検査	赤血球・白血球・血色素量・血小板数・ヘマトクリット
尿検査	糖・蛋白・潜血
視力検査	視力
聴力検査	聴力(オージオメーター)
身体測定	身長・体重・BMI・腹囲
一般診察	内科診察・問診
大腸癌検査	便潜血反応(2日法)

## 近畿税理士国民健康保険組合

消化器系検査	胃部X線撮影(直接)
呼吸器系検査	胸部X線検査(直接)
循環器系検査	心電図(12誘導)・血圧測定
肝機能検査	GOT・GPT・ $\gamma$ -GTP・ALP・LDH・ZTT・総蛋白・アルブミン・A/G比
血中脂質検査	総コレステロール・中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール
腎機能検査	尿素窒素・クレアチニン・尿酸
糖尿病検査	空腹時血糖
膵機能検査	アミラーゼ
貧血検査	赤血球数・白血球数・血小板数・血色素量・ヘマトクリット・血沈・MCV・MCH・MCHC
梅毒検査	RPR法・TPHA法
尿検査	糖・蛋白・潜血・PH・ウロビリノーゲン
腹部超音波検査	肝臓・胆嚢・膵臓・腎臓・脾臓
眼科検査	眼底写真(両眼)・眼圧・視力(裸眼・矯正)
耳鼻科検査	聴力(オージオメーター使用 1000Hz・4000Hz)
身体測定	身長・体重・BMI・腹囲
一般診察	内科診察・問診
大腸癌検査	便潜血反応(2回法)

## 喜多クリニック 加入保険別検査項目及び費用

加入保険 の種類 (対象)	全国健康保険協会 (35歳～74歳)	近畿税理士国民健康保険組合	和歌山市国民健康保険 (40歳～74歳)
検査項目 (各項目の検査内容は裏面)	消化器系検査 呼吸器系検査 循環器系検査 肝機能検査 脂質検査 腎機能検査 糖尿病検査 貧血検査 尿検査 視力検査 聴力検査 身体測定 一般診察 大腸癌検査	消化器系検査 呼吸器系検査 循環器系検査 肝機能検査 血中脂質検査 腎機能検査 糖尿病検査 膵機能検査 貧血検査 梅毒検査 尿検査 腹部超音波検査 眼科検査 耳鼻科検査 身体測定 一般診察 大腸癌検査	年齢等により検査項目が異なります。
① 費用	18,865円	34,540円	
② オプション検査	希望した検査の金額	希望した検査の金額	
③ 助成金 又は 補助金	国 助成金  13,583円	各自分で税理士国保へ 別添「補助金交付申請書」により申請  40,000円	
④ 和歌山支部 負担金	3,000円	3,000円	
⑤ 本人負担金 (①+②)-(③+④)	※オプション検査を 希望しない場合は 2,282円	※オプション検査を希望しない場合 または8,460円以内の オプション検査を希望したとき 0円	

※上記の加入保険以外の方及び75歳以上の方は直接 喜多クリニック(電話425-2235)までお問い合わせ下さい。

※オプション検査を希望の場合は オプション検査申込書 を記入のうえ

健診申込書と一緒に税理士会までFAXして下さい。

# 全国健康保険協会加入被保険者対象用

## オプション検査申込書 (協会けんぽの方)

受診項目に☑をして、和歌山支部へFAX(073-424-1474)してください

(注) 検査費用や、診察費用が加算される場合があります。お申し込み時にご確認ください。

氏名 ( ) 団体名 ( **近畿税理士会和歌山支部** )

<input type="checkbox"/> (1000) 腹部超音波..... 5,830 円	<input type="checkbox"/> (2025) ABC 検査 (胃がんリスク検査)..... 6,600 円 ヘプシノーゲン・ピロ菌
<input type="checkbox"/> (1003) 頸部血管超音波..... 3,850 円	<input type="checkbox"/> (1031) 乳腺超音波検査セット..... 4,950 円 乳腺超音波・乳腺触診
<input type="checkbox"/> (1002) 乳腺超音波..... 3,850 円	<input type="checkbox"/> (1033) 男性血液検査セット 45..... 6,963 円 PSA・AFP・CYFRA
<input type="checkbox"/> (1005) ピロ菌検査..... 3,300 円	<input type="checkbox"/> (1034) 女性血液検査セット 46..... 7,530 円 CEA・CA15-3・CA125・甲状腺検査
<input type="checkbox"/> (1009) 眼底検査 (片眼)..... 792 円	<input type="checkbox"/> (2038) リウマチ血液検査セット..... 3,850 円 RF 定量・抗 CCP 抗体・CRP・血沈
<input type="checkbox"/> (1041) " (両眼)..... 968 円	<input type="checkbox"/> (3007) 肺腺癌セット..... 6,600 円 SLX・CA19-9・CEA・BFP
<input type="checkbox"/> (2017) 眼圧検査..... 935 円	<input type="checkbox"/> (3008) 肺扁平上皮癌セット..... 4,950 円 CYFRA・SCC
<input type="checkbox"/> (1047) 肺機能検査 (肺活量・肺年齢)..... 2,200 円	<input type="checkbox"/> (3009) 肺小細胞癌セット..... 4,400 円 ProGRP・NSE
☆ 血液検査 (腫瘍マーカー等) ☆	
<input type="checkbox"/> (3006) 梅毒 (RPR・TPHA)..... 2,200 円	<input type="checkbox"/> (3010) 膵臓癌セット..... 8,800 円 CA19-9・NCC-ST-439・CEA・SLX・エラスターゼ 1 DUPAN2・Span-1
<input type="checkbox"/> (1013) 血液型..... 1,100 円	<input type="checkbox"/> (3011) 胆嚢、胆道癌セット..... 8,250 円 CA19-9・DUPAN2・CEA・Span-1・SLX
<input type="checkbox"/> (2021) HbA1c (糖尿病)..... 770 円	<input type="checkbox"/> (3013) 子宮がんセット..... 3,080 円 SCC・CA125
<input type="checkbox"/> (1015) HCV 抗体 (C 型肝炎)..... 1,320 円	<input type="checkbox"/> (3014) 卵巣癌セット..... 6,050 円 CA125・STN・SLX
<input type="checkbox"/> (1016) HBs 抗原、抗体 (B 型肝炎)..... 1,320 円	<input type="checkbox"/> (3015) 食道がんセット..... 8,250 円 SCC・CEA・CA19-9・BFP・抗 p53 抗体
<input type="checkbox"/> (1017) CEA (癌疾患の診断補助)..... 1,320 円	<input type="checkbox"/> (3016) 肝細胞、肝内胆管癌セット..... 5,500 円 CA19-9・CEA・AFP・PIVKA-II
<input type="checkbox"/> (1018) AFP (主に肝細胞癌)..... 1,320 円	<input type="checkbox"/> (1040) 甲状腺癌検査セット..... 3,927 円 カルシトニン精密・サイロプログリン・CEA
<input type="checkbox"/> (1019) DUPAN2 (主に膵臓癌)..... 1,430 円	<input type="checkbox"/> LOX-index..... 13,750 円 脳梗塞、心筋梗塞の発症リスク測定
<input type="checkbox"/> (1020) CA19-9 (主に胆嚢、膵臓癌)..... 1,650 円	<input type="checkbox"/> AICS ※要事前予約..... 26,400 円 胃癌、肺癌、大腸癌、前立腺癌、乳癌、膵臓癌の予測
<input type="checkbox"/> (1021) PSA (主に前立腺癌)..... 3,025 円	<input type="checkbox"/> 腸内フローラ..... 22,000 円
<input type="checkbox"/> (1022) NCC-ST-439 (主に胆道・膵臓・大腸癌)..... 2,750 円	
<input type="checkbox"/> (1023) CYFRA (肺癌)..... 3,850 円	
<input type="checkbox"/> (1024) CA15-3 (乳癌)..... 1,430 円	
<input type="checkbox"/> (1025) CA125 (子宮、卵巣癌)..... 1,760 円	
<input type="checkbox"/> (1026) SCC (子宮頸癌、食道癌)..... 1,320 円	
<input type="checkbox"/> (3012) BFP (主に腎臓、食道、肺癌)..... 3,300 円	
<input type="checkbox"/> (1028) ヘプシノーゲン (胃癌)..... 3,300 円	
<input type="checkbox"/> (1027) 甲状腺検査 (FT3、FT4、TSH)..... 4,400 円	
<input type="checkbox"/> (3005) NT-proBNP (心不全の早期発見)..... 2,750 円	

# 近畿税理士国民健康保険組合加入者対象用

## オプション検査申込書 (近畿税理士国保の方)

受診項目に☑をして、和歌山支部へFAX(073-424-1474)してください

(注) 検査費用や、診察費用が加算される場合があります。お申し込み時にご確認ください。

氏名 ( ) 団体名 ( **近畿税理士会和歌山支部** )

<input type="checkbox"/> (1003) 頸部血管超音波	3,850 円	<input type="checkbox"/> (2025) ABC 検査 (胃がんリスク検査)	6,600 円
<input type="checkbox"/> (1002) 乳腺超音波	3,850 円	ヘプシノーゲン・ヒト叫菌	
<input type="checkbox"/> (1005) ヒト叫菌検査	3,300 円	<input type="checkbox"/> (1031) 乳腺超音波検査セット	4,950 円
		乳腺超音波・乳腺触診	
		<input type="checkbox"/> (1033) 男性血液検査セット 45	6,963 円
		PSA・AFP・CYFRA	
		<input type="checkbox"/> (1034) 女性血液検査セット 46	7,530 円
		CEA・CA15-3・CA125・甲状腺検査	
		<input type="checkbox"/> (2038) リウマチ血液検査セット	3,850 円
		RF 定量・抗 CCP 抗体・CRP・血沈	
		<input type="checkbox"/> (3007) 肺腺癌セット	6,600 円
		SLX・CA19-9・CEA・BFP	
<input type="checkbox"/> (1047) 肺機能検査 (肺活量・肺年齢)	2,200 円	<input type="checkbox"/> (3008) 肺扁平上皮癌セット	4,950 円
		CYFRA・SCC	
☆ 血液検査 (腫瘍マーカー等) ☆		<input type="checkbox"/> (3009) 肺小細胞癌セット	4,400 円
		ProGRP・NSE	
<input type="checkbox"/> (1013) 血液型	1,100 円	<input type="checkbox"/> (3010) 膵臓癌セット	8,800 円
<input type="checkbox"/> (2021) HbA1c (糖尿病)	770 円	CA19-9・NGC-ST-439・CEA・SLX・エラスターゼ 1	
		DUPAN2・Span-1	
<input type="checkbox"/> (1015) HCV 抗体 (C 型肝炎)	1,320 円	<input type="checkbox"/> (3011) 胆嚢、胆道癌セット	8,250 円
		CA19-9・DUPAN2・CEA・Span-1・SLX	
<input type="checkbox"/> (1017) CEA (癌疾患の診断補助)	1,320 円	<input type="checkbox"/> (3013) 子宮がんセット	3,080 円
<input type="checkbox"/> (1018) AFP (主に肝細胞癌)	1,320 円	SCC・CA125	
<input type="checkbox"/> (1019) DUPAN2 (主に膵臓癌)	1,430 円	<input type="checkbox"/> (3014) 卵巣癌セット	6,050 円
<input type="checkbox"/> (1020) CA19-9 (主に胆嚢、膵臓癌)	1,650 円	CA125・STN・SLX	
<input type="checkbox"/> (1021) PSA (主に前立腺癌)	3,025 円	<input type="checkbox"/> (3015) 食道がんセット	8,250 円
<input type="checkbox"/> (1022) NGC-ST-439 (主に胆道・膵臓・大腸癌)	2,750 円	SCC・CEA・CA19-9・BFP・抗 p53 抗体	
<input type="checkbox"/> (1023) CYFRA (肺癌)	3,850 円	<input type="checkbox"/> (3016) 肝細胞、肝内胆管癌セット	5,500 円
<input type="checkbox"/> (1024) CA15-3 (乳癌)	1,430 円	CA19-9・CEA・AFP・PIVKA-II	
<input type="checkbox"/> (1025) CA125 (子宮、卵巣癌)	1,760 円	<input type="checkbox"/> (1040) 甲状腺癌検査セット	3,927 円
<input type="checkbox"/> (1026) SCC (子宮頸癌、食道癌)	1,320 円	カルシトニン精密・サイロプログリン・CEA	
<input type="checkbox"/> (3012) BFP (主に腎臓、食道、肺癌)	3,300 円	<input type="checkbox"/> L O X - i n d e x	13,750 円
<input type="checkbox"/> (1028) ヘプシノーゲン (胃癌)	3,300 円	脳梗塞、心筋梗塞の発症リスク測定	
<input type="checkbox"/> (1027) 甲状腺検査 (FT3、FT4、TSH)	4,400 円	<input type="checkbox"/> A I C S ※要事前予約	26,400 円
<input type="checkbox"/> (3005) NT-proBNP (心不全の早期発見)	2,750 円	胃癌、肺癌、大腸癌、前立腺癌、乳癌、膵臓癌の予測	
		<input type="checkbox"/> 腸内フローラ	22,000 円

# 成人病センター検査内容

別紙②

全国健康保険協会

内科診察	内科診察・問診
身体測定	身長・体重・BMI・腹囲
視力検査	視力(5m)
聴力検査	聴力(オーディオメーター1000Hz、4000Hz)
血圧測定	血圧測定 坐位
尿検査	糖・蛋白・潜血
便検査	便潜血反応(2日法)
貧血検査	赤血球数・白血球数・血色素量・ヘマトクリット
肝機能検査	AST(GOT)・ALT(GPT)・ $\gamma$ -GT( $\gamma$ -GTP)・ALP
脂質検査	総コレステロール・中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール
腎機能検査	尿酸・クレアチニン
血糖検査	空腹時血糖
心電図検査	心電図検査12誘導
胸部X線検査	胸部レントゲン直接撮影正面像
胃部X線検査	胃部レントゲン直接撮影
付加健診	
尿検査	尿沈渣
血液検査	血小板数・血液像・総蛋白・アルブミン・総ビリルビン・アミラーゼ・LDH
呼吸器系	肺機能検査
消化器系	腹部超音波検査
眼科	眼底カメラ

近畿税理士国民健康保険組合

内科診察	内科診察・問診
身体測定	身長・体重・BMI・腹囲
眼科検査	視力(5m)・眼底カメラ(両眼)・眼圧
聴力検査	聴力(オーディオメーター1000Hz、4000Hz)
循環器系検査	血圧測定 坐位・心電図検査12誘導
尿検査	尿検査(糖・蛋白・潜血・ウロビリノーゲン・PH)
便検査	便潜血反応(2日法)
貧血検査	赤血球数・白血球数・血色素量・ヘマトクリット・血小板数・MCV・MCH・MCHC・血沈
肝機能検査	AST(GOT)・ALT(GPT)・ $\gamma$ -GT( $\gamma$ -GTP)・ALP・LDH・総蛋白・アルブミン・A/G比
脂質検査	総コレステロール・中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール
腎機能検査	尿酸・クレアチニン・尿素窒素
血糖検査	空腹時血糖
膵機能検査	アミラーゼ
梅毒検査	RPR・TPHA
腹部超音波検査	肝臓・胆嚢・膵臓・腎臓・脾臓
胸部X線検査	胸部レントゲン直接撮影正面像
胃部X線検査	胃部レントゲン直接撮影

和歌山市国民健康保険

内科診察	内科診察・問診
身体測定	身長・体重・BMI・腹囲
眼科検査	視力(5m)・眼底カメラ(両眼)・眼圧
聴力検査	聴力(オーディオメーター1000Hz、4000Hz)
循環器系検査	血圧測定 坐位・心電図検査12誘導
尿検査	尿検査(糖・蛋白・潜血・ウロビリノーゲン)
便検査	便潜血反応(2日法)
貧血検査	赤血球数・白血球数・血色素量・ヘマトクリット・血小板数・MCV・MCH・MCHC・血液像
肝機能検査	AST(GOT)・ALT(GPT)・ $\gamma$ -GT( $\gamma$ -GTP)・ALP・LDH・総蛋白・アルブミン・蛋白分画・総ビリルビン・ChE・HBs抗体・HCV抗体
脂質検査	総コレステロール・中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール
腎機能検査	尿酸・クレアチニン・尿素窒素・Na・K・Cl
血糖検査	空腹時血糖・HbA1c
膵機能検査	アミラーゼ・リパーゼ
免疫学的検査	CRP・RF(リウマトイド因子)
腹部超音波検査	肝臓・胆嚢・膵臓・腎臓・脾臓
胸部X線検査	胸部レントゲン直接撮影正面像
胃部X線検査	胃部レントゲン直接撮影

## 成人病センター 加入保険別検査項目及び費用

加入保険の種類 (対象)	全国健康保険協会 (35歳～74歳)		近畿税理士国民健康保険組合	和歌山市国民健康保険 (40歳～74歳)
	健診①	健診②		
検査項目（各項目の検査内容は裏面）	内科診察	内科診察	内科診察	内科診察
	身体測定	身体測定	身体測定	身体測定
	視力検査	視力検査	眼科検査	眼科検査
	聴力検査	聴力検査	聴力検査	聴力検査
	血圧測定	血圧測定	循環器系検査	循環器系検査
	尿検査	尿検査	尿検査	尿検査
	便検査	便検査	便検査	便検査
	貧血検査	貧血検査	貧血検査	貧血検査
	肝機能検査	肝機能検査	肝機能検査	肝機能検査
	脂質検査	脂質検査	脂質検査	脂質検査
	腎機能検査	腎機能検査	腎機能検査	腎機能検査
	血糖検査	血糖検査	血糖検査	血糖検査
	心電図検査	心電図検査	膵機能検査	膵機能検査
	胸部X線検査	胸部X線検査	梅毒検査	免疫学的検査
	胃部X線検査	胃部X線検査	腹部超音波検査	腹部超音波検査
		上記+付加健診	胸部X線検査	胸部X線検査
			胃部X線検査	胃部X線検査
		付加健診 尿・血液・ 呼吸器系・消化器系 眼科		
① 費用	18,865円	28,468円	36,300円	36,850円
② オプション検査	希望した検査の金額	希望した検査の金額	希望した検査の金額	希望した検査の金額
③ 助成金 又は 補助金	国 助成金 13,583円	国 助成金 13,583円	各自で税理士国保へ 別添「補助金交付申請書」により申請 40,000円	和歌山市 助成金 22,400円
④ 和歌山支部 負担金	3,000円	3,000円	3,000円	3,000円
⑤ 本人負担金 (①+②)-(③+④)	※オプション検査を 希望しない場合は 2,282円	※オプション検査を 希望しない場合は 11,885円	※オプション検査を希望しない場合 または、6,700円以内の オプション検査を希望したとき 0円	※オプション検査を 希望しない場合は 11,450円

※全国健康保険協会 健診②の場合、40・45・50・55・60・65・70歳(2025年4月1日時点)方の国助成金は、20,497円で本人負担額(オプション検査を希望しない場合)は4,971円となります。

※上記の加入保険以外の方及び75歳以上の方は直接 成人病センター(電話435-5195)までお問い合わせ下さい。

※オプション検査を希望の場合は オプション検査申込書 を記入のうえ

健診申込書と一緒に税理士会までFAXして下さい。

成人病センターオプション検査申込書

団体名 ( 近畿税理士会 和歌山支部 )

氏 名

オプション検査を希望される方は希望される項目に○印を記入して、健診申込書と一緒にFAXして下さい。

○印	検査項目	検査内容	費用	
	1 超音波検査	腹部超音波検査	6,050円	※事前予約必要
	2 乳がん検査	マンモグラフィー2方向、視触診	6,050円	※事前予約必要
	3 子宮がん検査	内診、子宮頸部細胞診	4,400円	※事前予約必要
	4 脳検査	頭部MRI、頭部MRA	20,900円	※事前予約必要
	5 胸部CT検査	胸部低線量CT検査	14,300円	
	6 ピロリ菌検査	ヘリコバクター・ピロリIgG抗体	880円	
	7 胃部検査	ペプシノゲン	2,200円	
	8 腫瘍マーカー	CEA(大腸他)	1,650円	
		AFP(主に肝臓)	1,650円	
		CA19-9(主に膵臓)	2,090円	
		CYFRA(肺)	2,640円	
		CA125(卵巣、子宮)	2,310円	
		PSA検査(前立腺)	1,980円	
		男性腫瘍マーカーセット4項目 CEA、AFP、CA19-9、PSA	5,940円	
		男性腫瘍マーカーセット5項目 CEA、AFP、CA19-9、CYFRA、PSA	7,150円	
		女性腫瘍マーカーセット4項目 CEA、AFP、CA19-9、CA125	5,940円	
		女性腫瘍マーカーセット5項目 CEA、AFP、CA19-9、CYFRA、CA125	7,150円	
	9 甲状腺検査	FT3、FT4、TSH	5,170円	

# 人間ドック補助金支給申請書

(健康診断を含む)

金融機関名	銀行 信用金庫	店番号・支店名		支店
預金種類	普通 その他( )	口座番号		
フリガナ				
名義				
受診者の 被保険者証の 記号・番号	税 国		氏名	組合員 (申請人) との続柄
受診	医療機関名			
	年月日	令和	年	月 日
人間ドック補助金額 (健康診断含む)	<input checked="" type="checkbox"/> 左記のようにチェックを入れてください。(上限額) <input type="checkbox"/> 税理士である組合員 40,000円 <input type="checkbox"/> 勤務税理士である組合員 40,000円 <input type="checkbox"/> 従業員である組合員 30,000円 <input type="checkbox"/> 家 族 25,000円			

上記の通り 領収書の原本 を添えて申請します。

令和 年 月 日

※領収書は、受診日・受診者・料金・領収印・人間ドックまたは健康診断であることの記載のあるもの

事務所代表者 氏名				
組合員 (申請人)	自宅住所	〒		
	電話番号	( )		
	氏名 (自署または捺印)	Ⓜ		
	個人番号			

近畿税理士国民健康保険組合 理事長殿

## <申請の際には>

- ・補助金の申請書は、受診者1人につき1枚ずつお書きください。
- ・申請の際には、領収書の原本を必ず添付して下さい。領収書は、受診日・受診者(個人名であること)・料金・人間ドックまたは健康診断であることが明記されており、領収印のあるものに限ります。お支払いが銀行振込の場合、また事業所でまとめて受けられた場合でも、受診者ごとに必要事項記載の領収書を添付してください。
- ・領収書の返却をご希望の場合は、その旨を書いたメモと返信用封筒を同封してください。  
「人間ドック補助金申請済」の証明印を押して返却いたします。

## <注意事項>

- ・指定の医療機関はございません。一般的な健康診断、市民健診を受けられた場合も申請できます。  
ただし、保険診療で検査を受けられた場合は、対象外です。
- ・後期高齢者医療制度の該当日以降に受診された場合は、補助はありません。
- ・年度内(4月～翌年3月)に受けられた人間ドックに対し、1回限り申請できます。  
(年度内に複数回の人間ドックを受けられた場合でも、その内の1回分しか申請できません。)
- ・PSA検査・乳がん検査・子宮がん検査等を健康診断として単独で受けた場合でも、人間ドック補助金支給の対象となり、年度内1回の申請となります。
- ・人間ドックに、その他の検査(PSA検査・乳がん検査・子宮がん検査等)をオプションで追加される場合、人間ドックの費用が上記の補助金に満たないときは、その他の検査も含めて支給の対象となります。  
ただし、年度内1回の申請となるため、人間ドックと同日かつ同一健診機関で受けた場合に限ります。
- ・人間ドックの費用(オプションを含む)が、当該補助金額に満たない場合、その実費分が支給額となります。
- ・全ての医療保険者に、40歳以上の被保険者を対象とした特定健診結果データの管理が義務付けられています。  
40歳以上の方は、当組合から受診された医療機関等に、健診結果データ(特定健診部分のデータのみ)の提供をお願いすることがありますので、ご了承ください。

# 人間ドック補助金支給申請書

(健康診断を含む)

金融機関名	国保 <small>銀行 信用金庫</small>	店番号・支店名	111 天満橋	支店
預金種類	普通 当座 その他( )	口座番号	99999999	
フリガナ	セイコク タロウ			
名義	税国 太郎			
受診者の被保険者証の記号・番号	税国 10000000	氏名	税国 花子	組合員(申請人)との続柄 妻
受診	医療機関名	近畿病院		
	年月日	令和 5 年 4 月 1 日		
人間ドック補助金額 (健康診断含む)		<input checked="" type="checkbox"/> 左記のようにチェックを入れてください。 (上限額) <input checked="" type="checkbox"/> 税理士である組合員 40,000円 <input type="checkbox"/> 勤務税理士である組合員 40,000円 <input type="checkbox"/> 従業員である組合員 30,000円 <input type="checkbox"/> 家族 25,000円		

上記の通り **領収書の原本** を添えて申請します。

令和 5 年 4 月 2 日

※領収書は、受診日・受診者・料金・領収印・人間ドックまたは健康診断であることの記載のあるもの

事務所代表者 氏名	税国 太郎		
組合員 (申請人)	自宅住所	〒540-0012 大阪市中央区谷町 1-5-4	
	電話番号	06 (6941) 3243	
	氏名 (自署または捺印)	税国 太郎	
	個人番号	123456789123	

近畿税理士国民健康保険組合 理事長殿

## <申請の際には>

- 補助金の申請書は、受診者 1 人につき 1 枚ずつお返さください。
- 申請の際には、領収書の原本を必ず添付して下さい。領収書は、受診日・受診者(個人名であること)・料金・人間ドックまたは健康診断であることが明記されており、領収印のあるものに限ります。お支払いが銀行振込の場合、また事業所でまとめて受けられた場合でも、受診者ごとに必要事項記載の領収書を添付してください。
- 領収書の返却をご希望の場合は、その旨を書いたメモと返信用封筒を同封してください。  
「人間ドック補助金申請書」の証明印を押して返却いたします。

## <注意事項>

- 指定の医療機関はございません。一般的な健康診断、市民健診を受けられた場合も申請できます。ただし、保険診療で検査を受けられた場合は、対象外です。
- 後期高齢者医療制度の該当日以降に受診された場合は、補助はありません。
- 年度内(4月～翌年3月)に受けられた人間ドックに対し、1回限り申請できます。  
(年度内に複数回の人間ドックを受けられた場合でも、その内の1回分しか申請できません。)
- PSA検査・乳がん検査・子宮がん検査等を健康診断として単独で受けた場合でも、人間ドック補助金支給の対象となり、年度内1回の申請となります。
- 人間ドックに、その他の検査(PSA検査・乳がん検査・子宮がん検査等)をオプションで追加される場合、人間ドックの費用が上記の補助金に満たないときは、その他の検査も含めて支給の対象となります。  
ただし、年度内1回の申請となるため、人間ドックと同日かつ同一健診機関で受けた場合に限ります。
- 人間ドックの費用(オプションを含む)が、当該補助金額に満たない場合、その実費分が支給額となります。
- 全ての医療保険者に、40歳以上の被保険者を対象とした特定健診結果データの管理が義務付けられています。  
40歳以上の方は、当組合から受診された医療機関等に、健診結果データ(特定健診部分のデータのみ)の提供をお願いすることがありますので、ご了承ください。