

健康診断項目（福津市にお住まいの方）

料金は税込価格です。

【事前予約必須】ご自身の加入保険、年齢等に応じてコースをお選びください。

※(医師の判断による追加)：当日の問診医の判断によって追加いたします。ご本人の希望はお承りできません。

| ①健診コース ※年齢は原則令和6年3月31日時点で計算してください。当日年齢は健診日時点で計算してください。 | | | | | |
|--|--|---------------|---------------------|---------------|------------------|
| 健診コース | E | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 特定健康診査 | 後期高齢者健診 | 特定健康診査 | 生活習慣病予防健診 | 定期健康診断 |
| 対象者 | 国民健康保険組合加入者 | 後期高齢者医療保険加入者 | 協会けんぽ含む社会保険被扶養者(家族) | 協会けんぽ被保険者(本人) | (安衛則第44条)医療保険問わず |
| 年齢 | 30才～当日74才 | 当日75才以上 | 40才～当日74才 | 35才～当日74才 | 18才以上 |
| 窓口負担金 | 500円 | 500円 | 無料 | 5,282円 | 8,000円 |
| 身体計測等 | ● | ● | ● | ● | ● |
| 血圧測定 | ● | ● | ● | ● | ● |
| 問診 | ● | ● | ● | ● | ● |
| 尿検査 | ● | ● | ● | ● | ● |
| 血液検査 | ● | ● | ● | ● | ● |
| 医師診察 | ● | ● | ● | ● | ● |
| 視力検査 | 希望者追加 500円 | | | ● | ● |
| 聴力検査 | | | | ● | ● |
| 心電図検査 | 65才・66才は全員実施 ※それ以外の方は (医師の判断による追加) | ※(医師の判断による追加) | | ● | ● |
| 眼底検査 | ※(医師の判断による追加) | | | 希望者追加 2,000円 | |
| 大腸がん検診(便潜血2日法) | - | | | ● | - |
| 肺がん検診(胸部レントゲン撮影) | - | | | ● | ● |
| 胃がん検診(胃部レントゲン撮影) | - | | | ● | - |

【事前予約必須】年齢や昨年度の受診歴によって、全額実費になる場合がございます。

| ②がん検診(健診コースの申込がなくても受けられます!) ※年齢は令和6年3月31日時点で計算してください。 | | |
|---|------------------|--|
| 検診項目 | 福津市の補助対象 | 補助対象外(全額実費) |
| 大腸がん検診(便潜血2日法) | 30才以上 700円 | 30才未満 1,870円 |
| 肺がん検診(胸部レントゲン撮影) | 30才以上 500円 | 30才未満 2,420円 |
| 胃がん検診(胃部レントゲン撮影) | 30才以上 500円 | 30才未満 11,770円 |
| 子宮頸がん検診(医師採取細胞診) | 2年に1回 20才以上 400円 | (2022年度に受診された方) 20才以上 4,950円 |
| 乳がん検診(マンモグラフィ検査) | 2年に1回 40才以上 500円 | (2022年度に受診された方) 40才～49才 7,150円 / 50才以上 4,950円 |
| 肝炎ウイルス検査 | 40才以上 生涯に1回 無料 | 過去に受けたことのある方は 血液オプション検査【肝炎ウイルス検査】を申込みください |

昭和57年4月2日～昭和58年4月1日生まれの女性は乳がん検診が無料になります。健診会場の受付で、福津市から送られているクーポン券をご提示ください。

平成14年4月2日～平成15年4月1日生まれの女性は子宮頸がん検診が無料になります。健診会場の受付で、福津市から送られているクーポン券をご提示ください。

【事前予約必須】

| ③有料オプション検査(健診コースの申込がなくても受けられます!) | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| 骨密度測定 | 500円 |
| 体成分測定 | 500円 |
| 脳年齢測定 | 500円 |
| 血管年齢測定 | 500円 |
| 子宮頸がん検診(医師採取HPV検査) | 子宮頸がん検診(医師採取細胞診)受診者のみ追加可能 4,400円 |

【当日予約】

| ④血液オプション検査(健診コースの申込がある方のみ受けられます!) | |
|-----------------------------------|---|
| 血液オプション検査 | 裏面参照(受診票に申込書を同封します。健診受付でご提示ください。) |
| ロックスインデックス(心筋梗塞・脳梗塞リスク検査) | 16,500円(申込書はありません。ご希望される方は健診受付でお申し出ください。) |