

# 令和8年度 協会けんぽ人間ドック項目表

公益財団法人 鳥取県保健事業団

## 検査内容

|            |                   |
|------------|-------------------|
| 診察<br>身体計測 | 診察・身長・体重・BMI・腹囲   |
|            | 視力検査              |
|            | 聴力検査（1000、4000Hz） |

|      |        |
|------|--------|
| 生理検査 | 肺機能検査  |
|      | 眼底（両眼） |
|      | 眼圧（両眼） |

|        |                    |
|--------|--------------------|
| 血液一般検査 | 赤血球数・白血球数・血色素量     |
|        | ヘマトクリット・血小板数・末梢血液像 |
|        | MCV、MCH、MCHC       |

|      |                           |
|------|---------------------------|
| 脂質検査 | 総コレステロール・トリグリセライド         |
|      | HDLコレステロール・Non-HDLコレステロール |
|      | LDLコレステロール                |

|      |             |
|------|-------------|
| 血清検査 | CRP         |
|      | HBs抗原       |
|      | 血液型（ABO Rh） |

|       |         |
|-------|---------|
| 超音波検査 | 腹部超音波検査 |
|-------|---------|

|     |              |
|-----|--------------|
| 尿検査 | 尿糖・尿蛋白・尿潜血   |
|     | ウロビリノーゲン・尿沈渣 |

|        |         |
|--------|---------|
| 循環器系検査 | 血圧測定    |
|        | 心電図・心拍数 |

|       |                               |
|-------|-------------------------------|
| 肝機能検査 | AST(GOT)・ALT(GPT)・γ-GT(γ-GTP) |
|       | ALP・総ビリルビン                    |
|       | LDH・総蛋白・血清アルブミン               |

|         |                |
|---------|----------------|
| 膵・腎機能検査 | 尿酸・クレアチニン・eGFR |
|         | 血清アミラーゼ        |

|       |           |
|-------|-----------|
| 便潜血検査 | 抗ヒトヘモグロビン |
|-------|-----------|

|       |              |
|-------|--------------|
| 糖代謝検査 | 血糖・ヘモグロビンA1c |
|-------|--------------|

|         |          |
|---------|----------|
| エックス線検査 | 胸部X線撮影   |
|         | 胃部X線直接撮影 |

|      |                     |
|------|---------------------|
| 保健指導 | 保健師・管理栄養士による、特定保健指導 |
|------|---------------------|

(税込み)

|    |              |         |
|----|--------------|---------|
| 料金 | 協会けんぽ人間ドック料金 | 35,000円 |
|    | 協会けんぽ補助額     | 25,000円 |
|    | <b>負担額</b>   | 10,000円 |

(税込み)

|         |                   |        |
|---------|-------------------|--------|
| オプション検査 | 胃管内視鏡検査           | 4,950円 |
|         | 乳がん検診（マンモグラフィ2方向） | 6,600円 |
|         | 乳がん検診（乳腺超音波検査）    | 6,600円 |
|         | 子宮頸がん検査           | 5,528円 |
|         | PSA（男性のみ）         | 2,200円 |
|         | CA125（女性のみ）       | 2,300円 |
|         | HCV抗体検査           | 2,090円 |

(問い合わせ先) 企画調整課 0857-30-4882

# 令和8年度 健診コース及び料金一覧 ①

公益財団法人 鳥取県保健事業団

## ●労働安全衛生法に基づく健康診断

| 健診種別     | 料金     |
|----------|--------|
| 定期健康診断 A | 8,800円 |

## ●協会けんぽの生活習慣病予防健診

| 健診種別      | 対象年齢                  | 健診料金    | 補助額     | 負担額    |
|-----------|-----------------------|---------|---------|--------|
| 一般健診 (若年) | 20、25、30才             | 8,921円  | 6,421円  | 2,500円 |
| 一般健診      | 35～74才                | 19,635円 | 14,135円 | 5,500円 |
| 節目健診      | 40、45、50、55、60、65、70才 | 29,546円 | 21,266円 | 8,280円 |

## ●協会けんぽオプション検査 ※一般健診・節目健診を受診の方に追加

| 健診種別            | 対象年齢         | 健診料金   | 補助額    | 負担額    |
|-----------------|--------------|--------|--------|--------|
| 子宮頸がん検診 (単独)    | 20才～38才の偶数年齢 | 3,520円 | 2,530円 | 990円   |
| 子宮頸がん検診         | 36才～74才の偶数年齢 | 3,520円 | 2,530円 | 990円   |
| 乳がん検診 (マンモグラフィ) | 40才～48才の偶数年齢 | 6,072円 | 4,372円 | 1,700円 |
| 乳がん検診 (マンモグラフィ) | 50才～74才の偶数年齢 | 3,487円 | 2,507円 | 980円   |
| 骨粗鬆症検診          | 40才～74才の偶数年齢 | 880円   | 630円   | 250円   |

※健診センターで子宮頸がん検診を受診される場合は、経膈エコー検査を追加があり、**別途550円追加**となります。

## ●人間ドック健診 ※協会けんぽ補助利用

| 健診種別               | 対象年齢   | 健診料金    | 補助額     | 負担額     |
|--------------------|--------|---------|---------|---------|
| 協会けんぽ人間ドック健診       | 40～74才 | 35,000円 | 25,000円 | 10,000円 |
| 総合健診 (当財団オリジナルドック) | 40～74才 | 42,240円 | 25,000円 | 17,240円 |

## ●オプション検査

| 検査項目           | 料金     | 検査項目       | 料金     |
|----------------|--------|------------|--------|
| C E A          | 1,900円 | ピロリ菌抗体検査   | 2,090円 |
| A F P          | 1,900円 | ペプシノゲン     | 2,750円 |
| C A 1 9 - 9    | 2,200円 | H B s 抗原検査 | 550円   |
| P S A (男性)     | 2,200円 | H C V 抗体検査 | 2,090円 |
| C A 1 2 5 (女性) | 2,300円 | 眼底検査       | 1,232円 |
|                |        | 眼圧検査       | 660円   |
|                |        | 腹部超音波検査    | 5,500円 |

※上記の金額は税込みです。

※ドック健診及び生活習慣病予防健診の胃部X線検査を胃内視鏡検査に変更される場合4,950円(税込) が追加になります。

(問い合わせ先) 企画調整課 0857-30-4882

# 令和8年度 協会けんぽ健診コース及び料金一覧

公益財団法人 鳥取県保健事業団

| 健診項目    | 協会けんぽ補助利用                      |               |         |                |                       | 総合健診<br>(当財団オリジナルドック) |
|---------|--------------------------------|---------------|---------|----------------|-----------------------|-----------------------|
|         | 協会けんぽ<br>一般健診<br>(若年)          | 協会けんぽ<br>一般健診 | 節目健診    | 協会けんぽ<br>人間ドック | 総合健診<br>(当財団オリジナルドック) |                       |
| 身体計測    | 身長・体重・BMI・腹囲                   | ●             | ●       | ●              | ●                     | ●                     |
|         | 体脂肪率                           |               |         |                |                       | ●                     |
|         | 視力・聴力                          | ●             | ●       | ●              | ●                     | ●                     |
| 尿検査     | 尿糖・尿蛋白・尿潜血                     | ●             | ●       | ●              | ●                     | ●                     |
|         | ウロビリノーゲン                       |               |         |                | ●                     | ●                     |
|         | 尿沈渣                            |               |         | ●              | ●                     | ●                     |
| 眼科検査    | 眼底                             |               |         | ●              | ●                     | ●                     |
|         | 眼圧                             |               |         |                | ●                     | ●                     |
| 循環器系検査  | 血圧測定                           | ●             | ●       | ●              | ●                     | ●                     |
|         | 心電図                            | ●             | ●       | ●              | ●                     | ●                     |
|         | 心拍数                            |               |         |                | ●                     | ●                     |
| 血液一般検査  | 赤血球数・白血球数                      | ●             | ●       | ●              | ●                     | ●                     |
|         | 血色素量・ヘマトクリット                   | ●             | ●       | ●              | ●                     | ●                     |
|         | MCV、MCH、MCHC                   |               |         |                | ●                     | ●                     |
|         | 末梢血液像                          |               |         | ●              | ●                     | ●                     |
|         | 血小板数                           |               |         | ●              | ●                     | ●                     |
| 肝機能検査   | AST(GOT)・ALT(GPT)・γ-GT(γ-GTP)  | ●             | ●       | ●              | ●                     | ●                     |
|         | ALP                            | ●             | ●       | ●              | ●                     | ●                     |
|         | 総ビリルビン                         |               |         | ●              | ●                     | ●                     |
|         | LDH                            |               |         | ●              | ●                     | ●                     |
|         | LAP                            |               |         |                | ●                     | ●                     |
|         | 総蛋白                            |               |         | ●              | ●                     | ●                     |
|         | A/G比                           |               |         |                | ●                     | ●                     |
| 血清アルブミン |                                |               | ●       | ●              | ●                     |                       |
| 脂質検査    | トリグリセライド・HDLコレステロール・LDLコレステロール | ●             | ●       | ●              | ●                     | ●                     |
|         | 総コレステロール                       | ●             | ●       | ●              | ●                     | ●                     |
|         | Non-HDLコレステロール                 |               |         |                | ●                     | ●                     |
| 膵・腎機能検査 | 尿酸・クレアチニン・eGFR                 | ●             | ●       | ●              | ●                     | ●                     |
|         | 尿素窒素                           |               |         |                | ●                     | ●                     |
|         | 血清アミラーゼ                        |               |         | ●              | ●                     | ●                     |
| 糖代謝検査   | 血糖                             | ●             | ●       | ●              | ●                     | ●                     |
|         | ヘモグロビンA1c                      | ■             | ■       | ■              | ●                     | ●                     |
| 血清検査    | HCV抗体                          |               |         |                | ●                     | ●                     |
|         | HBs抗原                          |               |         |                | ●                     | ●                     |
|         | CRP                            |               |         |                | ●                     | ●                     |
|         | 血液型 (ABO Rh)                   |               |         |                | ●                     | ●                     |
| 腫瘍マーカー  | CEA                            |               |         |                | ●                     | ●                     |
|         | CA19-9                         |               |         |                | ●                     | ●                     |
|         | PSA                            |               |         |                | ●※男性のみ                | ●※男性のみ                |
|         | CA125                          |               |         |                | ●※女性のみ                | ●※女性のみ                |
| 呼吸器系検査  | 胸部X線撮影                         | ●             | ●       | ●              | ●(2方向)                | ●(2方向)                |
|         | 肺機能検査                          |               |         | ●              | ●                     | ●                     |
| 消化器系検査  | 胃部X線直接撮影                       |               | ●       | ●              | ●                     | ●                     |
|         | 腹部超音波検査                        |               |         | ●              | ●                     | ●                     |
| 便潜血検査   | 抗ヒトヘモグロビン                      |               | ●       | ●              | ●                     | ●                     |
| 問診・医師診察 |                                | ●             | ●       | ●              | ●                     | ●                     |
| 保健指導    |                                |               |         |                | ●                     | ●                     |
| 料金(税込)  |                                | 8,921円        | 19,635円 | 29,546円        | 35,000円               | 42,240円               |
| 補助額(税込) |                                | 6,421円        | 14,135円 | 21,266円        | 25,000円               | —                     |
| 負担額(税込) |                                | 2,500円        | 5,500円  | 8,280円         | 10,000円               | 42,240円               |

・胃部X線検査を胃内視鏡検査に変更される場合4,950円(税込)が追加になります。

・ヘモグロビンA1cの■印は食後10時間未満の場合のみ追加となります。

(問い合わせ先) 企画調整課 0857-30-4882