

ご家族（被扶養者）のみなさまへ大阪市中央区久太郎町四丁目1番3号
ユニチカ健康保険組合**生活習慣病予防健診（特定健診）のお知らせ**

2024年度の「生活習慣病予防健診（特定健診を含む）」を下記の要領で実施いたします。ご家族（被扶養者）のみなさまで受診を希望される方はお申し込みください。

なお、個人負担金につきましては、**健診当日に結核予防会の受付窓口でお支払いください。**

記

- 対象者** 40歳以上（2025年3月末年齢）の被扶養者
※健診当日に、当健保組合の被扶養者資格を喪失されている方は受診できません。
※2024年4月以降、当健保組合の生活習慣病予防健診、特定健診、家族健康診断、人間ドックをすでに受診済みの方は受診できません。
- 健診期間** 2025年2月3日～2月21日（平日・午前中のみ）
- 健診場所** 一般財団法人 大阪府結核予防会
〒541-0045 大阪市中央区道修町4-6-5 TEL (06) 6202-6666
- 検査項目・費用** 費用（個人負担金）は、**健診当日、結核予防会の受付窓口でお支払いください。**

基本検査 必ず受けていただく検査です。

検査項目	費用（個人負担金）
診察、身体計測（身長、体重、腹囲、視力、聴力）、血圧測定、尿検査、血液検査、胸部X線検査、心電図検査、眼底検査	3,000円/1人（税込）

選択検査 ご希望により受けていただく検査です。選択検査のみの受診はできません。

検査項目	検査内容	費用（個人負担金）	
肝炎検査	B型及びC型肝炎ウイルス検査（初めて結核予防会で健康診断を受ける方のみ対象）	無料	
胃がん検診	胃部X線検査	無料	
	胃カメラ（以前の検査後に医師より精密検査の指示を受けたことがある方のみ対象）	1,000円/1人（税込）	
大腸がん検診	検便検査	無料	
女性の 乳がん 検診	子宮がん検診	医師による子宮頸部細胞検査	無料
	乳がん検診	超音波検査のみ	無料
		マンモグラフィのみ	無料
		マンモグラフィと超音波検査の両方	1,000円/1人（税込）

5. **申込方法・締切**

「生活習慣病予防健診（特定健診）申込書【被扶養者用】」を記入し、**11月14日（木）**までに当健保組合へ郵送又はFAXにてご提出ください。

6. **健診日の確定・受診方法**

受診者には1月中旬までに「問診票」と「検査用器具」がご自宅に届きます。健診日・受付時間を確認し、健診機関の指示に従い受診してください。都合により受診日及び受診項目を変更される場合は、結核予防会に直接連絡してください。その際、日程の変更は必ず健診期間内（2/3～2/21）でお願いします。

7. **その他**

当健保組合では、上記健診の他に「自宅近くの病院で受けることができる特定健診」の実施、「人間ドック」「市区町村が実施するがん検診」の費用補助もおこなっております。詳細は、当健保組合ホームページをご確認ください。

1962（S37）年4月2日～1979（S54）年4月1日の間に生まれた男性のみなさまへ

健康診断時に風しん抗体検査を公費（自己負担なし）で受けることができます。（2024年度まで期間が延長されました）
まだ抗体検査を受けていない対象者で抗体検査を希望する方は、**健診当日、結核予防会の受付に問診票と併せて、市区町村から届いたクーポン券（抗体検査用）を提出してください。**

※クーポン券に関するご質問等、詳細は市区町村窓口にお問い合わせください。

2024 年度 生活習慣病予防健診（特定健診）

申込書【被扶養者用】

フリガナ 受診者氏名		続柄	
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所	〒 ー		
電話番号	() ー		
被保険者氏名		健康保険証 記号ー番号	ー
受診希望日 ※① (健診期間 2月3日～21日)	第1希望日 月 日	第2希望日 月 日	第3希望日 月 日
選択検査 (受診を希望する 項目にチェック☑して ください。) ※⑤	B型及びC型肝炎ウイルス検査	<input type="checkbox"/> 受診する ※②	
	胃がん検診	<input type="checkbox"/> 胃部X線検査を受診する	
		<input type="checkbox"/> 胃カメラを受診する※③ (個人負担1,000円) ※④	
	大腸がん検診(検便検査)	<input type="checkbox"/> 受診する	
	子宮がん検診 (医師による子宮頸部細胞診)	<input type="checkbox"/> 受診する	
	乳がん検診	<input type="checkbox"/> 超音波のみを受診する	
<input type="checkbox"/> マンモグラフィのみを受診する			
<input type="checkbox"/> 超音波、マンモグラフィの両方受診する (個人負担1,000円) ※④			
提出先	〒541-8566 大阪市中央区久太郎町四丁目1番3号 ユニチカ健康保険組合 TEL 06-6281-5382 FAX 06-6281-5388		
申込締切日	2024年11月14日(木)		

※① 必ず第3希望日まで選択してください。ご希望日が定員オーバーの場合は、結核予防会にて受診日を決定しますのでご了承ください。

※② B型及びC型肝炎ウイルス検査は、今年度中に40歳になる方(生年月日が昭和59年4月1日～昭和60年3月31日の方)又は、初めて結核予防会で健康診断を受診する方で希望者のみの実施となります。

※③ 胃カメラは、以前の検査後に医師より精密検査の指示を受けたことがある方のみ受診できます。

※④ 個人負担金は、健診当日、結核予防会の受付窓口でお支払いください。

※⑤ 選択検査で、チェック☑がない検査項目は、受診できません。