

1 「お薦め巡回コース」のご案内

1-① 「お薦め巡回コース」の検査項目と自己負担額

検査項目		自己負担									
		エムスリーヘルスデザイン	パブリックヘルスリサーチセンター	同友会	桜橋渡辺病院	京都工場保健会					
特定健診項目	診察等	自己負担なし(全額健保負担) 受診券不要									
	脂質						医師問診、理学的所見(身体診察)、質問票、身長、体重、腹囲、肥満度・標準体重、血圧				
	肝機能						中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール				
	血糖						AST(GOT)、ALT(GPT)、γ-GT(γ-GTP)				
	尿検査						ヘモグロビンA1C、空腹時血糖				
健保基本項目	胸部X線検査	自己負担なし(全額健保負担) 受診券不要									
	胃検診 注①	基本:胃部X線検査	0円								
		変更希望 (オプション扱)	1)ペプシノーゲン検査のみ	0円							
			2)胃部X線検査+ペプシノーゲン検査	1,700円	1,600円	1,900円	1,600円	2,200円			
	3)胃部X線検査+ABC検査、ABC検査のみ	4,200円	4,100円	4,200円	3,300円	受診不可					
	大腸がん検査(便潜血反応2回法)	自己負担なし(全額健保負担) 受診券不要									
	心電図(安静時12誘導)										
	貧血検査(RBC、WBC、Hb、Ht)										
	婦人科検診	子宮頸部細胞診「医師採取法」注②	受診不可		2,000円						
		乳がん検診(マンモグラフィ)	2,000円		受診不可		2,000円				
ご自身の希望する医療機関で受診した場合注③		補助あり ※詳細は(26ページ)をご確認ください									
オプション	超音波検査	乳房エコー(女性のみ)	1,000円				4,400円				
		腹部エコー(肝臓、胆嚢、膵臓、脾臓、腎臓)					6,600円				
	腫瘍マーカー(PSA 男性のみ)					2,090円					
	肝炎ウイルス(HBs抗原、HCV抗体)					2,090円					
	視力	500円	200円	400円	300円	330円					
	聴力	500円	300円	400円	500円	880円					



健診機関によって一部負担が異なります。

お薦め巡回コース(Ⅱ 公共施設・クリニック型)で受診される場合、その他にも自己負担が発生する場合があります。必ず各健診機関の詳細(5~21ページ)をご確認ください。

注①

今年度の胃検診について

2024年度の胃検診は「胃部X線検査」を基本実施します。

- 胃部X線検査を受診せず、ペプシノーゲン検査へ変更希望の場合、自己負担0円(無料)で変更可能
- 胃部X線検査に加え、ペプシノーゲン検査も希望の場合、ペプシノーゲン検査料金を自己負担で変更可能
- 胃部X線検査に加えABC検査も希望、またはABC検査のみ希望の場合、ABC検査料金を自己負担で変更可能

※ABC検査とは、血液検査でピロリ菌の有無および胃粘膜の萎縮の程度を反映するペプシノーゲンの濃度を測定し、胃がん発症リスクを調べる検査です。

婦人科検診 ① 会場により受診ができないこともございます。

注②

子宮頸部細胞診について

- 「Ⅰ 事業所巡回型」(4ページ)で健診される方へ
事業所では子宮頸部細胞診ができません。
- 「Ⅱ 公共施設・クリニック型」(5~21ページ)で健診される方へ
同友会、桜橋渡辺病院、京都工場保健会は自己負担2,000円にて受診できます。(補助金は申請できません)

注③

「子宮頸部細胞診」「乳がん検診(マンモグラフィ)」を最寄りの医療機関等で自費で受診された場合、補助金の申請ができます。詳しくは補助申請書(26ページ)をご確認ください。

保険診療(保険証を利用して2割または3割自己負担)は補助金支給対象外です。

超音波(エコー)検査、子宮体がん検査、HPV検査は補助金支給対象外です。

1-2 「お薦め巡回コース」申込・受診までの流れ

実施日と会場を確認

「Ⅰ 事業所巡回型」または「Ⅱ 公共施設・クリニック型」の一覧表より実施日と会場を確認していただき、受診する健診機関を決定してください。

全国の大和ハウス工業の事業所、
ロイヤルホームセンター等で実施

Ⅰ 事業所巡回型

(4ページ 参照)

公共施設やクリニックで実施

Ⅱ 公共施設・クリニック型

(5~21ページ 参照)

申込む

① 受診する健診機関へ直接お申込みください。
健診機関によって申込方法が異なります。

申込方法

下記のいずれかの方法でお申込みください。



WEBで申込 (詳細は各ページをご覧ください)

- ▶ 京都工場保健会 (WEB申込のみ) (15ページ~ 参照)
- ▶ エムスリーヘルスデザイン (4・5ページ 参照)
- ▶ 同友会 (Ⅱ 公共施設・クリニック型のみWEB申込できます) (7ページ~ 参照)



FAXで申込 (27ページ) の申込書を受診日の10日前までにFAXしてください

FAX送信後2営業日以内に健診機関より連絡があります。
連絡がない場合はお手数ですが、健診機関へご連絡をお願いいたします。



電話で申込 (受診日の10日前までに下記の電話番号へご連絡ください)

予約窓口 大和ハウス工業家族健康診断受付係 [受付時間] 月~金(祝日除く)

エムスリーヘルスデザイン(*)	06-6195-2711	9:00~12:00	13:00~16:00
パブリックヘルスリサーチセンター【北海道健診グループ】	011-261-2010	9:30~12:00	13:00~16:00
パブリックヘルスリサーチセンター【東京健診グループ】	03-3525-8875	9:30~12:00	13:00~16:00
パブリックヘルスリサーチセンター【関西健診グループ】	06-6539-1111	9:30~12:00	13:00~16:00
パブリックヘルスリサーチセンター【西日本健診グループ】	092-286-9619	9:30~12:00	13:00~16:00
桜橋渡辺病院	06-6348-0411		

(*) 特例退職者ご本人とご家族が同日受診希望の場合、会場によっては同時間の受診はできませんのでご了承ください。

受診する

① 自己負担分には健康保険組合からの補助金はございません。
自己負担がある場合は、受診当日の受付時に現金を健診機関担当者へお支払いください。

当日お持ちいただくもの

- 問診票、採取検体 (健診機関より事前にご送付されます)
 - 健康保険証 (同友会または京都工場保健会で受診される方)
- ※受診券は不要です。

大和ハウス工業健康保険組合 「お薦め巡回コース」家族健康診断 申込書

下記の7健診機関で受診する方**のみ**の申込書です。(京都工場保健会はWEB申込のみ)

■ 受診する健診機関にチェック☑をつけ、下記あて先へ☎FAXしてください。

チェック	健診機関	FAX	TEL
<input type="checkbox"/>	エムスリーヘルスデザイン	06-6195-2835	06-6195-2711
<input type="checkbox"/>	パブリックヘルスリサーチセンター【北海道健診グループ】	011-261-6200	011-261-2010
<input type="checkbox"/>	パブリックヘルスリサーチセンター【東京健診グループ】	03-3251-3885	03-3525-8875
<input type="checkbox"/>	パブリックヘルスリサーチセンター【関西健診グループ】	06-6539-8888	06-6539-1111
<input type="checkbox"/>	パブリックヘルスリサーチセンター【西日本健診グループ】	092-572-8639	092-286-9619
<input type="checkbox"/>	同友会 WEB申込推奨 ※東北地区はFAXのみ	03-5803-2880	03-6891-2252
<input type="checkbox"/>	桜橋渡辺病院	06-6348-0419	06-6348-0411

① 健診機関により一部自己負担が異なります。(2ページ)、(5~21ページ)をご確認ください。

御中

■ 太枠内をご記入ください。

健康保険組合に検査結果を提出することに同意して申込みします。											
保険証記号・番号	—	受診希望日	<table border="1"> <tr> <td>第1希望</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>第2希望</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> </table>	第1希望	年	月	日	第2希望	年	月	日
第1希望	年	月	日								
第2希望	年	月	日								
被保険者氏名		希望受診会場 (同友会は会場コードも記入)	<table border="1"> <tr> <td>第1希望</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>第2希望</td> <td>()</td> </tr> </table>	第1希望	()	第2希望	()				
第1希望	()										
第2希望	()										
フリガナ		受診者氏名	※2025年3月31日時点の年齢を記入してください。 昭和 年 月 日 (歳)								
受診者住所	〒 —	性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女								
電話番号	携帯 () —	自宅	() —								
連絡可能時間帯	● 希望日時、当日受付時間帯等の調整の為、後日健診機関から連絡が入ります。(9時~17時) 連絡の取りやすい曜日・時間帯をご記入ください。	月	火								
その他 通信欄		水	木								
		時 ~	時								

胃検診について

変更希望の方は該当項目にチェック☑をつけてください。

● 今年度の胃検診は、胃部X線検査となります。(変更希望に記載がない場合は胃部X線検査となります。)

変更希望	変更内容
<input type="checkbox"/>	① ペプシノーゲン検査に変更希望 【自己負担：無料】
<input type="checkbox"/>	② 胃部X線検査に加えペプシノーゲン検査も受診希望 【自己負担：(2ページ)をご確認ください】
<input type="checkbox"/>	③ 胃部X線検査に加えABC検査も受診希望 【自己負担：(2ページ)をご確認ください】
<input type="checkbox"/>	④ ABC検査のみ受診希望 【自己負担：(2ページ)をご確認ください】

オプションについて

申込希望の方は該当項目にチェック☑をつけてください。

申込希望	項目
<input type="checkbox"/>	① 超音波検査(乳エコー) 女性のみ 【自己負担：1,000円】
<input type="checkbox"/>	② 超音波検査(腹部エコー：肝臓、胆嚢、膵臓、脾臓、腎臓) 【自己負担：1,000円】
<input type="checkbox"/>	③ 腫瘍マーカー(PSA) 男性のみ 【自己負担：1,000円】
<input type="checkbox"/>	④ 肝炎ウイルス(HBs抗原・HCV抗体) 【自己負担：1,000円】
<input type="checkbox"/>	⑤ 視力【自己負担：エムスリーヘルスデザイン/500円 パブリックヘルスリサーチセンター/200円 同友会/400円 桜橋渡辺病院/300円】
<input type="checkbox"/>	⑥ 聴力【自己負担：エムスリーヘルスデザイン/500円 パブリックヘルスリサーチセンター/300円 同友会/400円 桜橋渡辺病院/500円】

婦人科検診(子宮頸部細胞診・マンモグラフィ)について

申込希望の方は該当項目にチェック☑をつけてください。

※「I 事業所巡回型」ではお申込みいただけません。「II 公共施設・クリニック型」では受診できないこともあります。

申込希望	項目
<input type="checkbox"/>	① 子宮頸部細胞診(医師採取法) ※同友会・桜橋渡辺病院のみ 【自己負担：2,000円】
<input type="checkbox"/>	② マンモグラフィ ※桜橋渡辺病院ではお申込みいただけません 【自己負担：2,000円】

❗ ● FAX送信後、2営業日以内に健診機関より連絡がない場合は、お手数ですが確認の連絡をお願いします。
● お電話でご連絡が取れない場合は、FAXでの連絡となることもございますのでご了承ください。

「お薦め巡回コース」婦人科検診 補助申請書

「お薦め巡回コース」で特定健診を受診され、ご自身で希望した医療機関で婦人科検診を全額自己負担された方が申請できます。

常務理事	事務長	担当

補助申請締切日 **2025年4月15日(火)** 健康保険組合 必着

「健保連集合契約コース」で受診された方はこの申請書で補助金申請はできません。



保険診療(=保険証を利用して2割または3割自己負担で支払をした)は対象外です。
症状がなく検診を受診すると治療ではないため、原則保険適用はできず自費(10割自己負担)となります。
補助金は保険適用(2割または3割自己負担)せずに検診された方に支給しています。

■ 太枠内をご記入ください。

領収書と健診結果を添えて補助金を申請します。

保険証記号・番号	—	会社名	
被保険者氏名		支店名	
受診者氏名		生年月日	昭和 年 月 日
受診者住所	〒 —		
電話番号	●日中つながる電話番号 () —		※書類に不備等があった場合にお電話をさせていただきます。

お薦め巡回コース(特定健診)

健診機関名	<input type="checkbox"/> エムスリーヘルスデザイン <input type="checkbox"/> パブリックヘルスリサーチセンター <input type="checkbox"/> 桜橋渡辺病院 <input type="checkbox"/> 同友会 <input type="checkbox"/> 京都工場保健会
受診日*	令和 年 月 日 *当日、オプションとして支払分は対象外です。

婦人科検診を受診した医療機関

検診項目	補助金上限	受診年月日	お支払金額
受診した検査に チェック☑を つけてください。	<input checked="" type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 3,000円	令和 年 月 日	円
	<input checked="" type="checkbox"/> マンモグラフィ 5,000円	令和 年 月 日	円
	<input checked="" type="checkbox"/> 両方受診 5,000円	令和 年 月 日	円



対象外 ご確認ください!

以下の検査は対象外となります。

- 超音波(エコー)検査
- HPV検査
- 子宮体部検査

健康保険組合
記入欄

支給決定額

円

補助金支払日

令和 年 月 日

■ 原則、被保険者給与口座に振込みますが、他を希望される場合は下記にご記入ください。

振込先金融機関名	支店名	口座番号(普通預金)	口座名義(カナ)
銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所		
金融機関コード	支店コード		

添付書類

補助金申請には次の書類も同封してください。

1 領収書(原本)



領収書は内訳がわかるようにご提出ください。

2 検診結果(コピー)

送付先

〒530-0001
大阪市北区梅田3-3-5
大和ハウス工業
健康保険組合 宛

受付印

印

※検診結果の書面は必要です。診断書発行料・郵送料は補助金対象外です。

※検診結果が医師からの口頭説明のみだった場合、保険診療(補助金対象外)の可能性があります。領収書で保険診療(2割または3割自己負担)かをご確認ください。