

検査項目別助成金計算表(参考)

(消費税込)

自家健診で、任意の検査項目を実施する際の請求金額の計算にお使いください。

項目	実施有無	助成金
特定健診 (詳しくは健診結果報告票参照)	○ (必須)	7,000円



下記項目は任意ですが、助成金限度額内で請求可能です。

任意項目	項目	金額	
		実施有無	助成金
がん検診等	A 心電図(12誘導)		1,620円
	B 胸部X線		1,620円
	C 喀痰細胞診		1,300円
	D 胃部-内視鏡(胃カメラ)		15,120円
	E 胃部-透視(X線)		12,960円
	F 便潜血		960円
	G 子宮頸部細胞診		3,400円
	H 乳房X線検査(マンモグラフィ)		4,200円
身体計測	I 視力		0円
	J 聴力		540円
免疫学的検査	K HBS抗原定性(-or+)		370円
	L HBS抗原定量(濃度IU/ml)		1,190円
	M HCV抗体		1,520円
	N TPLA定性		390円
	O CRP定量		220円
	P RPR法定性		190円
生化学	Q 蛋白分画		240円
血液学	R 血液像		240円
その他	S 眼底		720円
	T 脈波		1,080円
	U 腹部エコー(超音波)		5,400円
	V 骨密度測定		1,520円
金額合計(特定健診7,000円+任意項目)			円

計算例

1) 助成金限度額10,000円の方の場合

A. 特定健診(7,000円) + 胸部X線(1,620円) + 心電図(1,620円)
= 請求金額 10,000円

B. 特定健診(7,000円) + 胸部X線(1,620円)
= 請求金額 8,620円

2) 助成金限度額29,800円の方の場合

特定健診(7,000円) + 胸部X線(1,620円) + 心電図(1,620円)
+ 腹部エコー(5,400円)
= 請求金額 15,640円

※その他上記以外の項目を実施した場合には、助成金限度額内でお支払いできる場合がありますので、組合までお問い合わせください。