

令和8年度

和泉市国民健康保険人間ドック助成について

- 対象者** 受診日当日満30歳以上の和泉市国民健康保険に加入している人
- 実施期間** 令和8年4月1日～令和9年3月31日
- 助成額** 基本検査：31,000円
頭部MRI・MRA検査（オプション）：10,000円
- 自己負担額** 医療機関の設定した検査費用額から助成額を差し引いた金額
（7. **実施医療機関**を参考にしてください。）
- 申込方法** **実施医療機関に直接予約**をしてください。
（7. **実施医療機関**を参考にしてください。）
- 受診日当日の持ち物**
 - 自己負担額
 - 和泉市国民健康保険の資格を有することを証する書類等（マイナ保険証または資格確認書）**
 - 令和8年度特定健康診査受診券**（40歳から74歳の人のみ。ただし、令和9年3月31日までに40歳の誕生日を迎える39歳の方は含みます。）

【特定健康診査受診券について】

受診時期	令和8年度特定健康診査受診券の取り扱い
令和8年4月	お手元に届いていませんので、医療機関への提出は必要ありません。お手元に届きましても、使用できませんので、破棄してください。
令和8年5月 ～令和9年3月	医療機関へ提出してください。

※その他、注意事項など医療機関の指示に従ってください。

7. 実施医療機関

	医療機関名	所在地	電話番号 FAX番号 予約受付時間	実施曜日・時間	税込金額			
					基本検査		頭部MRI・MRA検査	
					費用額	自己負担額	費用額	自己負担額
和泉市内	和泉市立総合医療センター	和気町四丁目5番1号	TEL:41-1331 (月)~(金) 13:00~16:00	(月)~(金) 8:15~	44,000円	13,000円	22,000円	12,000円
	咲花病院	のぞみ野一丁目3番30号	TEL:55-1919 (月)~(金) 9:00~17:00 (土) 9:00~12:00	(火)(水)(木) 9:00~14:00	42,000円	11,000円	21,000円	11,000円
	府中クリニック	肥子町二丁目2番1号 イオン和泉府中店1階	TEL:40-2154 FAX:40-2153 9:00~16:00 ※(日), 祝日除く	(月)~(土) 8:00~12:00 ※年2回程度 (日), 祝日開院	44,000円	13,000円	29,700円	19,700円
和泉市外	オーキヤット OCAT予防医療センター	大阪市浪速区湊町一丁目4-1 オーキヤットビル地下3・4階	TEL:0120-728-797 FAX:06-6641-3823 9:00~16:30 ※(日), 祝日除く	(月)~(土) 8:30~16:30 ※(土)は不定休	44,000円	13,000円	29,700円	19,700円
	コーナンメディカル鳳総合健診センター	堺市西区鳳東町四丁目401-1	TEL:072-260-5555 FAX:072-260-5562 8:30~16:30 ※(日), 祝日除く	(月)~(土) 8:30~12:00, 13:00~16:00	42,900円	11,900円	27,500円	17,500円

和泉市外	多根クリニック	大阪市港区弁天一丁目 2番2-600号 大阪ベイタワー ベイタワーイースト 6階	TEL:050-1807-8250 FAX:06-6577-1771 (月)~(金) 24時間受付 (土) 5:00~11:00	(月)~(金) 8:00~16:00 (土) 8:00~12:00	40,700円	9,700円	33,000円	23,000円
	ベルクリニック	堺市堺区戎島町四丁目 45-1 ホル・アコーラ レジエンス大阪堺 11階	TEL:072-224-1717 FAX:072-224-1500 9:00~16:00 ※(日), 祝日除く	(月)~(土) 8:15~12:00 ※年数回程度 (日)、祝日開院	44,000円	13,000円	29,700円	19,700円

令和8年4月1日現在の情報です。最新情報については各医療機関にお問い合わせください。

自己負担額は、各医療機関の設定した費用額から助成額を差し引いた額です。

8. 注意事項

- ◆医療機関の予約状況によっては、受付できない場合がありますのでご了承ください。
- ◆人間ドックには、特定健診の検査内容が含まれているため、年度内に特定健診と人間ドックの両方を受診することはできません。
年度内2回目以降の受診が判明した場合、当該受診分の保険者（市）負担額を返還していただきます。
- ◆健診日当日に和泉市国民健康保険の資格を喪失されている場合（社会保険加入、転出等）は、受診できません。万が一受診された場合は、保険者（市）負担額を返還していただきます。
なお、健診受診後に、受診日以前までさかのぼって喪失したことが判明した場合も、保険者（市）負担額を返還していただきますので、ご注意ください。

9. 検査内容

1. 基本検査

区分	検査項目
身体計測	身長、体重、腹囲、BMI、肥満度
生理	血圧測定、心電図、心拍数、眼底検査、眼圧検査、視力検査、聴力検査、呼吸機能検査
X線・超音波	胸部X線、上部消化管X線【※1】、腹部超音波
血液検査	生化学 総蛋白、アルブミン、クレアチニン、eGFR、尿酸、総コレステロール、HDLコレステロール、LDLコレステロール、Non-HDLコレステロール、中性脂肪、総ビリルビン、AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GT(γ -GTP)、ALP、血糖(空腹時)、HbA1c
	血液学 赤血球、白血球、血色素、ヘマトクリット、血小板数、MCV、MCH、MCHC
	血清学 CRP 血液型(ABO・Rh)、HBs抗原 ※本人の申し出により省略可
尿	蛋白、尿糖、潜血等
	沈渣 ※蛋白、潜血反応が陰性であれば省略可
便	潜血
問診・診察等	問診、医師診察、結果説明、保健指導

【※1】本人から申し出があった場合、内視鏡検査に変更することも可。(検査費用は医療機関にお問い合わせください。)

2. 頭部MRI・MRA検査（基本検査と同時実施若しくは同時申込の場合のみ）