

※被保険者は、対象外です（ご所属の会社の定期健診を受診してください）。

任意継続被保険者（40歳～）

被扶養者（40歳～）

## 2026年度 特定健診のご案内

平素より当組合の事業運営にご理解・ご協力いただき、ありがとうございます。


特定健診とは、『高齢者の医療の確保に関する法律』に基づき、2008年より、健保組合等が、40～74歳までの加入者に対し、毎年実施することを義務付けられている健診のことです。その主たる目的は、生活習慣病（高血圧症、脂質異常症、糖尿病等で内臓脂肪の蓄積によるもの）によるメタボリックシンドロームの未然防止・早期発見にあります。「自覚症状が出てから」と後回しにしていると、脳卒中や心筋梗塞等の合併症により、従前の生活に戻れなくなるおそれがあります。

当組合では、利便性を考慮し、健康保険組合連合会と集団健診の契約を締結し、お住まいの近くの病院やクリニックでも受診できるようにしております。一覧は、当組合HPからのリンクページにてご確認ください。受診当日までの流れについては事前ご確認の上、裏面の申込用紙を当組合にお送りください。

基本項目については、当組合が全額補助します。生活習慣病の早期発見のための手がかりとして役立ててください。

※健診結果票に「要精密検査」等の表記があった場合は、速やかにかかりつけ医や専門医にご相談ください。

ライク健康保険組合

健診内容	特定健診（特定健康診査） ※基本健診に含まれる項目は、下表のとおり	
対象者	2026年4月1日以前から継続加入中の40～74歳の任意継続被保険者・被扶養者	
申込期限	2027年1月29日（金）まで（必着）	
受診期限	2027年2月27日（土）まで	
健診費用	自己負担額 0円 基本健診の全額を当組合が負担します。 （詳細は、ウラ面の「注意事項」に記載のとおりです）	

頸動脈エコー検査：補助対象は、振込時に加入者資格のある50歳以上の方です。

検査項目		内容	
診察	質問（問診）	●	生活習慣病リスクの判断材料として活用します。
	身長	●	身長・体重から肥満度を測定します。
	体重	●	
	肥満度・標準体重（BMI）	●	おへその高さでの腹囲が男性85cm以上、女性90cm以上になると内臓脂肪面積が100cm <sup>2</sup> 以上に相当し、内臓脂肪蓄積のリスクがあるとみなされます。
	腹囲	●	
血圧	血圧	●	内臓脂肪症候群のリスク判定値は、収縮期血圧130mmHg以上または拡張期血圧85mmHg以上です。
肝機能	AST(GOT)	●	いずれも肝臓の細胞に含まれる酵素で、肝臓に以上があると血液中に増加します。異常の判定値は、31U/L以上です。
	ALT(GPT)	●	
	γ-GT(γ-GPT)	●	肝臓や胆管などに存在する酵素で、肝臓の異常や胆道の閉塞などがあると血液中に増加します。異常の判定値は、51U/L以上です。
血中脂質	中性脂肪	●	血液中の中性脂肪が多いと、動脈硬化が進行しやすくなり、糖尿病などの原因にもなります。内臓脂肪症候群の判定値は、150mg/dL以上です。
	HDLコレステロール	●	俗に言う善玉コレステロールで、少ないと動脈硬化が進行しやすくなります。内臓脂肪症候群の判定値は、40mg/dL未満です。
	LDLコレステロール	●	多すぎると血管壁にたまり、動脈硬化が進行しやすくなります。異常の判定値は、120mg/dL以上です。
	non-HDLコレステロール	●	血液中の総コレステロールからHDLコレステロールを差し引いたものです。異常の判定値は、150mg/dL以上です。
血糖	空腹時血糖	□	通常、空腹時は血糖値は下がりますが、膵臓から分泌されるインスリンの働きが悪くなると上がります。内臓脂肪症候群の判定値は、100mg/dL以上です。
	HbA1c	□	赤血球中のヘモグロビンとブドウ糖が結合したもので、過去1～2か月の血糖の状態がわかります。内臓脂肪症候群の判定値は、5.6%以上です。
	随時血糖	□	やむを得ず空腹時以外（食後3.5時間以上）に採血し、HbA1cを測定しない場合の指標です。異常の判定値は、100mg/dL以上です。
尿	尿糖	●	血糖値が高いと、腎臓で処理しきれなくなったブドウ糖が尿中に出てきます。陽性判定の場合、糖尿病の疑いがあります。
	尿蛋白	●	腎・尿路疾患の検査です。腎臓が正しく機能していないと、通常は体内に戻るたんぱく質が老廃物と共に尿に混ざって排出されてしまいます。
血液	ヘマトクリット値	■	血液中の血球（赤血球・白血球・血小板）の割合が低いと貧血の疑いがあります。基準値は、男性38.5～48.9%、女性35.5～43.9%です。
	血色素量	■	血色素量が少ないと、血液が酸素を運ぶ能力が低下します。基準値は、男性13.0g/dL以下、女性12.0g/dL以下です。
	赤血球数	■	赤血球数が少ないと、血液が酸素を運ぶ能力が低下します。基準値は、男性400～539万/μL、/dL、女性360～489万/μLです。
心電図	12誘導心電図	■	医師が必要と認めた場合に実施されます。心臓が拍動する際に発する電気信号を記録し、心臓に異常がないかを調べます。
眼底	眼底	■	医師が必要と認めた場合に実施されます。目の病気だけでなく、生活習慣病や動脈硬化など全身の病気についても調べることができます。
腎機能	血清クレアチニン検査	■	医師が必要と認めた場合に実施されます。クレアチニンはアミノ酸の老廃物で、腎臓の機能が低下すると尿中に排泄されず、血液中に増加します。

●必須項目 ■医師の判断に基づき実施する項目 □いずれかの項目の実施で可

### オプション検査

オプション項目	補助上限額（税込）	
子宮頸部細胞診	7,000円（※10,000円）	
乳房エコーまたはマンモグラフィ検査		
頸動脈エコー検査（50歳以上）	なし（全額を補助）	
任意継続のみ	胃部内視鏡検査	13,000円
	大腸内視鏡検査	13,000円
	腹部エコー検査	3,000円
	便潜血	なし（全額を補助）

※…任意継続被保険者

※左記のオプション検査については、基本健診と同じ健診機関で受ける場合に限り、費用補助します。いったん窓口で全額をお支払になり、後日、補助金申請書に領収書（コピー不可）を添えて当組合に郵送してください。基本健診分の請求書が当組合に届いた後に補助額をご指定口座にお振込みします（受診日の属する月から概ね4か月後）。  
※振込時に加入者資格がある方のみ

# 【任意継続被保険者・被扶養者用】特定健診のご案内（2026年度）

## 申込手順

- ① 健診機関を専用のWebサイトにて検索する。
- ② ①の検索により表示された健診機関に電話にて受診予約する。 ※一部において「住民登録がないと受診不可」場合があります。
- ③ 以下の申込書を、(ア)官製ハガキに貼付けて投函、(イ)Fax、(ウ)画像をEメール添付、のいずれかの方法で当組合に送る。

- 以下の申込書のご記入内容に基づき、当組合より受診券（A4サイズ）を発行し、普通郵便にて送付します。
- 受診券は、窓口受付時の提出がないと費用補助対象外となります。概ね2週間以上先の日付でご予約ください。

【注】窓口受付時の本人確認書類…マイナ保険証、（マイナ保険証でない方）資格確認書 ※有効期間内のものに限る

### 健診機関の検索方法 （以下は被扶養者の場合）

- ① 当組合HPトップページの『健康診断』パネルをクリックする。 ⇒⇒
- ② 『健康診断（被扶養者）』をクリックする。 ⇒⇒
- ③ 説明に従って検索サイトにログインする。

## 申込書について

- ▶ 電話予約した日から概ね3日以内にお送りください。
- ▶ 1人1枚でお申し込みください。
- ▶ 受診券（A4サイズ）を普通郵便にて送ります。
- ▶ 妊産婦・長期入院者・海外在住者等は、対象外です。

郵送先： 〒530-0017 大阪市北区角田町8-1 大阪梅田ツインタワーズ・ノース19階  
 ライク健康保険組合  
 FAX： 06-6362-1132  
 Eメール送付先： info@likekenpo.com

**\*\*送付先に誤りがないか十分にご確認の上お送りください\*\***

## 注意事項

- ▶ 年度内1回に限り、受診することができます。
- ▶ 2026年4月1日以前から継続加入中の40～74歳の被扶養者は、基本項目について自己負担なしで受診できます。
- ▶ 予約済であっても受診日に当組合の加入者でなくなっている場合、受診することができません。
- ▶ ※「被扶養者資格確認調査」の結果、被扶養者でなくなった方の受診が確認された場合、追って補助金額をお支払い頂きます。
- ▶ イーウェル特定健診と併用することはできません。併用していたことが判明したときは、高い方の受診費用をご返金いただきます。
- ▶ 予約したまま受診されなかった場合のキャンセル料については、当組合は一切負担しません。
- ▶ オプション検査については、特定健診を予約した健診機関とは別の当組合の契約先健診機関で受検できる場合があります。その場合、基本健診についてのご予約はキャンセルしていただき、オプション検査と同じ健診機関で受診していただきます。希望される方は、予め余裕をもって当組合まで電話お問い合わせください。

## ライク健康保険組合 特定健診申込書（2026年度）

保険証	記号		被保険者 氏名
	番号		
受診者  <input type="checkbox"/> 左記の注意事項のすべてについて同意したので、申込します。  <small>（注）<input type="checkbox"/> にしが付されていることが、受診券発行の条件です。</small>	氏名	(フリガナ)	
	生年月日	昭和	年 月 日
	年齢	歳	
	昼間の連絡先		
	住所 (受診券の郵送先)	〒	
	予約済の健診機関名		
	電話予約した日時	令和	年 月 日 ( ) 時 分頃
	予約済の受診日	令和	年 月 日 ( )
	連絡事項		

## お問い合わせ先

ライク健康保険組合： 06-6362-1133 （平日 9:15～18:15）

**申込締切日：2027年1月29日（金）必着**