

# 人間ドック・脳ドック 受診補助のご案内

## 対象の方

- 30歳以上の立川市国民健康保険ご加入者
- 後期高齢者医療制度ご加入の立川市民  
(但し、都外在住でも立川市から保険料を徴収している方は対象)

ご注意ください!

- ①人間ドック・脳ドックともに、**年度中に各1回**
- ②**脳ドックは50歳未満の方は、2年度に1回**
- ③**人間ドックと健康診査の年度内併用はできません**(脳ドックは可能)
- ④保険料の未納がある場合は、補助できないことがあります
- ⑤費用補助を受けるには、**受診結果の提出が必須**です

→提出後、アドバイスが必要な方に、専門のスタッフによる保健指導の案内をしています

## 申請方法



### 事前申請

契約機関のみ

### 事後申請

結果項目  
(次ページ目)  
を満たせば  
全国どの  
医療機関  
でも可

下記の契約医療機関へご予約後、受診前日までに下記をお控えのうえ申請してください

- ①**保険証番号、受診日、受診費用**  
(予約票をお持ちの方はご持参ください)

※自署でない場合のみ、印鑑も必要です

※申請後、補助利用券等をお渡しするので、受診日に医療機関受付で提出してください  
※事前申請者の受診結果は医療機関から市へ提出されるため、本人から提出は不要

ドック受診後、下記3点を持って申請してください。翌月下旬に口座へお振込みします

- ①**受診日から2年以内の領収書(写し)**
- ②**受診結果(写し)**
- ③**振込を希望する口座番号等が分かるもの**

※自署でない場合のみ、印鑑も必要です

※人間ドック受診結果は各項目の詳細も必要です。脳ドックの結果は次ページを参照

## 受診場所

○下記機関以外で受診されても補助いたします。但し事後申請のみ

| 人間ドック | 脳ドック | 人間ドック・脳ドック<br>契約医療機関          | 住所                     | ☎<br>電話番号                         |
|-------|------|-------------------------------|------------------------|-----------------------------------|
| ○     |      | 多摩健康管理センター                    | 錦町3-7-10               | <b>042-528-2011</b>               |
| ○     | ○    | 川野病院                          | 錦町1-7-5                | <b>042-522-8161</b>               |
| ○     | ○    | 立川相互ふれあいクリニック健康管理センター         | 錦町1-23-4               | <b>042-524-7365</b>               |
| ※     | ○    | 立川病院健診センター                    | 錦町4-2-22               | <b>042-523-3147</b>               |
| ○     | ○    | JA東京健康管理センター                  | 柴崎町3-6-10              | <b>042-528-1380</b>               |
| ○     | ○    | 立川中央病院 附属健康クリニック              | 柴崎町3-14-2 BOSENビル      | <b>0570-032-220</b><br>(予約専用ダイヤル) |
| ○     | ○    | 立川北口健診館                       | 曙町2-37-7コアシティ立川ビル6F・9F | <b>042-521-1212</b>               |
| ○     | ○    | 立川高島屋S.C.大腸胃食道の内視鏡・消化器内科クリニック | 曙町2-39-3立川高島屋S.C.10階   | <b>042-506-1085</b>               |
| ○     | ○    | 国立病院機構 災害医療センター               | 緑町3256                 | <b>042-526-5511</b>               |
|       | ○    | おおたか脳神経外科・内科                  | 柏町4-56-1グローバルビル1FA     | <b>042-535-1177</b>               |
|       | ○    | 鈴木慶やすらぎクリニック                  | 若葉町3-3-3               | <b>042-538-7135</b>               |
|       | ○    | 立川新緑クリニック                     | 若葉町3-54-16             | <b>042-535-8711</b>               |

※70歳以上の方は、胃検査のプラン選択に制限があると伺っております。詳しくは医療機関へお問合せください。

## 受診費用

○医療機関ごとに異なります。医療機関に直接お問合せください

## 補助金額

※両方申請して、  
最大35,000円の補助

- 人間ドック受診費用(税込) または2万円 のいずれか低い額
- 脳ドック 受診費用(税込) または1万5千円 のいずれか低い額

## 申請場所

- ①窓口サービスセンター

- ②保険年金課(立川市役所本庁) ☎ **042-528-4314**

人間ドック・脳ドック受診利用補助の問合せは本庁へ… 相談時間 平日:8:30~17:00

## 立川市人間ドック補助対象検査項目 及び 健康推進課実施の健康診査検査項目一覧

料金は医療機関により異なります  
(基本コースで、おおむね35,000円～50,000円)

| 検 査 項 目          | 人間<br>ドック<br>必須<br>項目                                                                                                  | 多摩<br>健康管理<br>センター | 川野病院      | 立川相互<br>ふれあい<br>クリニック<br>健康管理<br>センター | 立川病院<br>健診セン<br>ター | JA東京<br>健康管理<br>センター | 立川中央<br>病院附属<br>健康クリ<br>ニック | 立川北口<br>健診館 | 立川<br>高島屋<br>S.C.内視<br>鏡クリニッ<br>ク | 国立病院<br>機構<br>災害医療<br>センター | 特定・<br>後期高齢<br>健康診査 | 39歳<br>以下<br>健康<br>診査  |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------|---------------------------------------|--------------------|----------------------|-----------------------------|-------------|-----------------------------------|----------------------------|---------------------|------------------------|
| 問診               | ●                                                                                                                      | ○                  | ○         | ○                                     | ○                  | ○                    | ○                           | ○           | ○                                 | ○                          | ○                   | ○                      |
| 視診・触診・聴診         | ●                                                                                                                      | ○                  | ○         | ○                                     | ○                  | ○                    | ○                           | ○           | ○                                 | ○                          | ○                   | ○                      |
| 身体測定(身長体重BMI・腹囲) | ●                                                                                                                      | ○                  | ○         | ○                                     | ○                  | ○                    | ○                           | ○           | ○                                 | ○                          | ○                   | ○                      |
| 血圧測定             | ●                                                                                                                      | ○                  | ○         | ○                                     | ○                  | ○                    | ○                           | ○           | ○                                 | ○                          | ○                   | ○                      |
| 心電図              | ●                                                                                                                      | ○                  | ○         | ○                                     | ○                  | ○                    | ○                           | ○           | ○                                 | ○                          | ※1                  | —                      |
| 眼(眼底・眼圧・視力)      | ●                                                                                                                      | ○                  | ○<br>視力のみ | ○                                     | ○                  | ○                    | ○                           | ○           | ○<br>視力のみ                         | ○<br>眼底、<br>眼圧のみ           | ※1<br>眼底のみ          | ○<br>視力<br>のみ          |
| 聴力検査             | ●                                                                                                                      | ○                  | ○         | ○                                     | ○                  | ○                    | ○                           | ○           | ○                                 | ○                          | —                   | —                      |
| 呼吸機能検査           | ●                                                                                                                      | ○                  | ○         | ○                                     | ○                  | ○                    | ○                           | ○           | —                                 | ○                          | —                   | —                      |
| 胸部X線             | ●                                                                                                                      | ○                  | ○         | ○                                     | ○                  | ○                    | ○                           | ○           | ○                                 | ○                          | ※2                  | ○                      |
| 胃部X線             | ●                                                                                                                      | ○                  | ○         | ○                                     | ○                  | ○                    | ○                           | ○           | ○胃カメラ                             | ○                          | —                   | —                      |
| 食道部X線・十二指腸X線     | ●                                                                                                                      | ○                  | ○         | ○                                     | ○                  | ○                    | ○                           | ○           | ○胃カメラ                             | ○                          | —                   | —                      |
| 腹部超音波検査          | ●                                                                                                                      | ○                  | ○         | ☆                                     | ○                  | ○                    | ○                           | ○           | ○                                 | ○                          | —                   | —                      |
| 血<br>液<br>検<br>査 | 総コレステロール・LDL・HDL<br>・non-HDL・中性脂肪<br>・GOT・GPT・γ-GTP<br>・クレアチニン・eGFR・尿酸<br>・血糖・HbA1c<br>・ヘマトクリット・ヘモグロビン<br>・赤血球・白血球・血小板 | ●                  | ○         | ○                                     | ○                  | ○                    | ○                           | ○           | ○                                 | ○                          | ○                   | ○<br>クレア<br>チニン<br>を除く |
|                  | 総蛋白・アルブミン<br>・総ビリルビン・ALP<br>・MCV・MCH・MCHC・CRP                                                                          | ●                  | ○         | ○                                     | ○                  | ○                    | ○                           | ○           | ○                                 | ○                          | —                   | —                      |
|                  | HBs抗原(B型肝炎)                                                                                                            | —                  | ○         | ○                                     | ○                  | ○                    | ○                           | ○           | ○                                 | ○                          | ※3                  | —                      |
|                  | HCV抗体(C型肝炎)                                                                                                            | —                  | —         | ○                                     | ☆                  | ○                    | △<br>初回のみ                   | ○           | ○                                 | ○                          | ※3                  | —                      |
|                  | 尿糖・尿蛋白・尿潜血                                                                                                             | ●                  | ○         | ○                                     | ○                  | ○                    | ○                           | ○           | ○                                 | ○                          | ○                   | ○                      |
| 尿<br>検<br>査      | PH・比重                                                                                                                  | ●                  | ○         | ○                                     | ○                  | ○                    | ○<br>PHを除く                  | ○           | ○                                 | ○                          | —                   | —                      |
|                  | 便潜血反応(大腸がん)                                                                                                            | ●                  | ○         | ○                                     | ○                  | ○                    | ○                           | ○           | ○                                 | ○                          | ※4                  | —                      |
| 体脂肪              | —                                                                                                                      | ○                  | ○         | ○                                     | ☆<br>内臓脂肪<br>CT    | ○                    | —                           | ○           | ☆<br>内臓脂肪<br>エコー                  | ☆<br>内臓脂肪<br>CT            | —                   | ○                      |
| 骨密度測定            | —                                                                                                                      | ☆                  | ☆         | ☆                                     | ☆                  | ○                    | ☆                           | ☆           | —                                 | ☆                          | —                   | ○                      |
| 喀痰細胞診(肺がん)       | —                                                                                                                      | —                  | ☆         | ☆                                     | ☆                  | —                    | ☆                           | ☆           | ☆                                 | —                          | —                   | —                      |
| 胸部CT             | —                                                                                                                      | —                  | ☆         | ☆                                     | ☆                  | ☆                    | ☆                           | ☆           | ☆                                 | ☆                          | —                   | —                      |
| 乳がん検診(女性)        | —                                                                                                                      | ☆                  | ☆※5       | ☆                                     | ☆                  | ☆                    | ○                           | ☆           | ☆                                 | ☆                          | —                   | —                      |
| 子宮がん細胞診(女性)      | —                                                                                                                      | ☆                  | —         | ☆                                     | ☆                  | ☆                    | ○                           | ☆           | —                                 | ☆                          | —                   | —                      |
| PSA(前立腺がん)       | —                                                                                                                      | ☆                  | ○         | ☆                                     | ○                  | ☆                    | ○                           | ☆           | ☆                                 | ○                          | —                   | —                      |

上記は、人間ドック実施医療機関の「基本コース」の検査項目です。(●印は人間ドックの必須項目・☆印はオプション・△印は一部オプション)□

- ※1、医師の判断で追加実施
- ※2、本人の希望で追加実施
- ※3、事前に健康推進課へ  
申込が必要
- ※4、300円ご負担頂きます
- ※5、触診、超音波検査のみ



### よくあるお問合せ

Q1、胃等の消化器がんX線検査を、胃カメラにしてもよいですか？

A1、調べる部位が同じでしたら、どちらの方式を使っても構いません。(但し、胃カメラ対応機関に限られるため予約が埋まりやすく、自己負担額もX線と違うことが多いため、ご注意ください) 医療機関によっては、年齢・既往歴等によって胃カメラを推奨する機関もあるとっております。ご自身にあう医療機関・プランをお選びください

Q2、脳ドックは、結果として何を提出すればよいですか？

A2、MRI(Magnetic Resonance Imaging)とMRA(Magnetic Resonance Angiography)の各判定結果をご提出ください。各判定結果が書面でない場合、各画像の写しの提出でも可としております

Q3、この表にない他のコース(1泊2日コース等)や追加オプションを使用してもよいですか？

A3、はい。但し自己負担となります。どのようなプランがあるか、詳細は医療機関にお問合せください

(注1)事後申請の場合、上記人間ドック必須検査項目が不足した場合は補助できないことがあります

(注2)検査項目がない場合は、単独の各種検診をぜひご利用下さい(詳しくは健康推進課 ☎ 042-527-3272へ)

単独検診の参考 : 39歳以下健診、骨密度、成人歯科・緑内障・胃がん・大腸がん・肺がん・子宮頸がん・乳がん検診、肝炎ウイルス検査、胃がんリスク検査  
※年齢条件、負担金の有無、定員制や受診時期など、検診によって差があります。