

## 二次検査に対する補助について

### ■補助の対象

#### ◇対象者

- ・年度内 35 歳以上の被保険者・被扶養者で、健康診断を協定または一般健康診断機関で受診した者
- ・健康診断の検査結果が別紙 1 「二次検査費用補助の対象者基準表」に該当する者
- ・該当検査項目で治療中でない者
- ・胃部内視鏡検査と同時に、生体検査（バイオプシー）を行った者

#### ◇補助対象となる費用

- ・再検査、精密検査の費用
- ・別紙 1 「二次検査費用補助の対象者基準表」における検査項目「血圧検査」「糖尿病」「脂質」に関しては健康診断受診後の医療機関での受診で、初回受診日の費用  
(処方された薬代は補助の対象外)
- ・胃部内視鏡検査時の生体検査（バイオプシー）費用

#### ◇補助対象となる事例

- ・以前治療した項目が治癒後に再度再検査となった場合の二次検査
- ・大腸カメラ検査等を受診する場合の問診（診察）や前検査  
(入院費や検査実施時に行われるポリープ切除等は対象外となります。また、切除後の病理組織検査も対象外です。)

#### ◇補助対象外の検査費用等

- ・前年度に二次検査費用の補助を受けた項目と同じ項目に対する当年度の検査費用（但し、「血圧検査」「糖尿病」「脂質」については、前年度に二次検査費用補助を受けていても、服薬中でなければ補助対象）
- ・前年度に生体検査（バイオプシー）を含む胃の二次検査費用の補助を受けた者が、当年度の健康診断で胃部内視鏡検査と同時に受けた生体検査（バイオプシー）費用
- ・治療を前提としている検査
- ・健康診断を受けた機関で指示のない検査等、健康診断の検査と関連しないものは対象外

#### ◇補助対象外となる事例

- ・三次以上の検査
- ・健康診断を受診した健康診断機関の指示でない場合で受診した検査
- ・当組合の生活習慣病予防健康診断の基準検査項目以外の項目に対する二次検査  
(当組合の基準検査項目をご確認ください)
- ・再検査となった項目と同時に行った再検査の指示のない項目の二次検査
- ・治療処置
- ・検査時の手術料や術後病理組織検査料
- ・検査のための投薬以外の投薬（治療のための投薬）
- ・治療中の項目についての二次検査  
(眼鏡やコンタクトレンズ使用者の視力低下についての二次検査指示含む)

- ・通院中の項目についての二次検査（定期的に通院し、経過観察中の項目含む）
- ・治療の過程で行われる治療前の精密検査
- ・「血圧検査」「糖尿病」「脂質」の3項目の2回目以降の診療・検査
- ・健康診断受診後、相当期間経過した後の二次検査  
（医師の指示に従って、速やかに二次検査を受診してください。健康診断受診日より6か月以上経過後に受けた二次検査は、原則補助対象外とします。）
- ・紹介状料は対象外。また、紹介状を持参せず受診した場合に必要な特定療養費、文書料、診断書料等。
- ・保険診療（点数）で認められていない材料等。  
（検査に必要な保険診療対象外のもので、領収証にその品名が明記されている場合は、対象となる場合があります。）
- ・二次検査のセカンドオピニオン

### ■二次検査費用補助の申請方法

「二次（精密）検査受給承認申請書」に健康診断結果（氏名と二次検査指示と該当検査項目が分かる箇所の部分コピー（縮小サイズ可）で結構です。）を添付のうえ、二次検査項目や検査日が複数あった場合でも、1人1回にまとめて、事業所のご担当部署経由で申請を行ってください。二次検査終了後でも申請可能です。当組合で審査の結果、補助対象外になる場合もあります。

### ■二次検査費用補助の精算方法

医療機関で二次検査を受け、いったん窓口で費用を支払い、「二次検査・費用請求書」に領収証と診療明細書（コピー可）・検査結果（コピー可）を添付し、後日事業所経由で組合あてに申請して下さい。検査結果の添付は必須ではありません。検査結果等の文書料がかかった場合は、文書料は補助対象外となります。

### ■二次検査費用補助限度額

項目別補助上限額は、別紙1「二次検査費用補助の対象者基準表」の項目別補助上限額、1人当たりの年間上限補助限度額は15,000円です。いずれもこの上限額を超える場合、超える部分の金額は自己負担となります。

（例：

二次検査項目	窓口で支払った二次検査費用（保険診療）	項目別補助上限額
眼底	4,200円	4,000円→A
膵機能	7,500円	7,000円→B
PSA	5,500円→C	6,000円
合計	17,200円	17,000円

$$A + B + C = 16,500 \text{円}$$

↓

15,000円を補助

補助の対象とならない場合でも、医師の指示に従い、通常の保険診療（窓口負担あり）で病気の治療を必ず行っていただけますようお願いします。

検査の種類・ 対象となる 疾患等	検査項目	二次検査費用補助の対象となる 健康診断結果	項目別補助 上限額 (円)
身体計測	身長・体重・腹囲・標準体重・肥満度・BMI	補助対象外	
診察	問診・聴診・触診	前年度に同じ検査項目で二次検査費用の補助をうけていない者で、検査の判定が①或いは②に該当する場合  ① 判定が「要精密検査」或いは「要治療」 ② 判定が3ヶ月以内の「要再検査」或いは3ヶ月以内の「要受診」  注：以下の場合には補助対象外 ・判定が「要経過観察」 ・判定が「要受診」等で受診期限の指示がないもの	2,000
眼科	視力		2,000
	眼底		4,000
聴力	聴力		2,000
尿検査	蛋白・糖		2,000
	潜血・沈査・ウロビリノーゲン		
呼吸器	胸部レントゲン検査		6,000
消化器	胃部レントゲン検査（直接）または胃部内視鏡検査		6,000
便	便潜血検査（2日法）		6,000
超音波検査	胆のう		6,000
	肝臓		
	腎臓		
	膵臓		
脾臓			
循環器	心電図（安静時）		6,000
血液検査	赤血球・ヘモグロビン・ヘマトクリット		3,000
	血小板・白血球		
肝機能	GOT・GPT・γGTP		4,000
	総蛋白・総ビリルビン・ALB・LDH・ALP		
膵機能	アミラーゼ		7,000
腎機能	尿素窒素・クレアチニン（eGFR）	4,000	
痛風	尿酸	2,000	
子宮頸がん*	診察・子宮頸部細胞診	6,000	
乳がん	超音波またはマンモグラフィー	4,000	
P S A	前立腺腫瘍マーカー	6,000	
血圧測定	最高血圧（収縮期血圧）	次のいずれかに該当 ・最高血圧（収縮期血圧）160mmHg 以上 ・最低血圧（拡張期血圧）100 mmHg 以上	1,000
	最低血圧（拡張期血圧）		
糖尿病	空腹時血糖・HbA1c	次のいずれかに該当 ・空腹時血糖 126mg/dl 以上 ・HbA1c（NGSP）6.5%以上	4,000
脂質	総コレステロール・中性脂肪・HDL コレステロール・LDL コレステロール	次のいずれかに該当 ・LDL コレステロール 180mg/dl 以上 ・中性脂肪 500mg/dl 以上	2,000

\* 子宮頸がん検査時の超音波検査による二次検査は、補助対象外