

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)	
医師診察	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	
尿検査	蛋白・糖		1,500	
呼吸器	胸部レントゲン検査		5,000	
消化器	胃部レントゲン検査（直接）または胃管内視鏡検査		7,000(A) 1,000(B)	
便	便潜血検査（2日法）		5,000	
超音波検査	胆のう・肝臓・腎臓・膵臓・脾臓		6,000	
循環器	心電図（安静時）		3,000	
血液検査	赤血球・ヘモグロビン・ヘマトクリット 血小板・白血球		1,500	
肝機能	AST (GOT)・ALT (GPT)・γ-GTP 総蛋白・総ビリルビン・ALB・LDH・ALP		2,500	
膵機能	アミラーゼ		3,000	
腎機能	尿素窒素・クレアチニン (eGFR)		1,500	
痛風	尿酸		2,000	
血圧測定	最高血圧（収縮期血圧） 最低血圧（拡張期血圧）		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
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	2,000
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	
身体計測	身長・体重・腹囲・標準体重・肥満度・BMI	補助対象外		
眼科	視力	補助対象外		
	眼底	補助対象外		
聴力	聴力	補助対象外		
尿検査	潜血・沈査・ウロビリノーゲン	補助対象外		

- ・(A) 健診で胃部レントゲン検査を受けた場合の二次検査補助は上限 7,000 円
 - ・(B) 健診で胃管内視鏡検査を受けた場合の二次検査補助は上限 1,000 円
 - ・肝機能・膵機能・腎機能の二次検査と超音波検査の二次検査の併給補助なし。超音波検査の二次検査補助 6,000 円が補助上限額となる。
 - ・血圧測定 の二次検査と循環器 の二次検査の併給補助なし。循環器の二次検査補助 3,000 円が補助上限となる。
 - ・医師診察 の二次検査と他の二次検査の併給補助なし。他の二次検査補助が補助上限額となる。
- (例：医師診察の二次検査と循環器の二次検査の場合は、循環器の二次検査補助 3,000 円が上限額となる)