

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		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		7,000(A) 4,000(B)	
便	便潜血検査（2日法）		5,000	
超音波検査	胆のう		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」	6,000
	肝臓			
	腎臓			
	膵臓			
	脾臓			
循環器	心電図（安静時）		5,000	
血液検査	赤血球・ヘモグロビン・ヘマトクリット		注：以下の場合は補助対象外 ・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	1,500
	血小板・白血球			
肝機能	AST (GOT)・ALT (GPT)・γ-GTP	3,000		
	総蛋白・総ビリルビン・ALB・LDH・ALP	4,000		
膵機能	アミラーゼ	2,000		
腎機能	尿素窒素・クレアチニン (eGFR)	2,000		
痛風	尿酸	2,000		
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		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) 健診で胃部内視鏡検査を受けた場合の二次検査補助は上限 4,000 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 5,000 円が補助上限となる。