

富士見市後期高齢者医療制度

人間ドック補助事業

令和 6 年 1 2 月 2 日現在

富士見市では、被保険者の疾病の早期発見、生活習慣病予防及び健康保持を目的として、人間ドックの受診費用補助事業を行なっております。

ご自身の健康状態を把握し、いつまでも健康で長生きするために、年に一度の人間ドック受診をおすすめしております。

<自己負担額>



7,550 円



受診当日に医療機関でお支払ください

【人間ドック検査料 35,090 円（消費税 3,190 円）のうち 7,550 円が自己負担額です】

<お申込みからご受診までの流れ>

- ①保険証等後期高齢者医療制度に加入中であることが確認できるものを持参のうえ、市役所保険年金課または出張所にて申請
- ②受診票・問診票の交付
※出張所でのお申込みの場合、受診票等は後日郵送いたします
- ③指定医療機関へ人間ドックの予約
※裏面の補助対象となる指定医療機関をご参照ください
- ④受診票・問診票及びマイナ保険証・有効期限内の保険証・資格確認書のいずれかを持参し受診

<補助要件>

- ◎受診日において、後期高齢者医療被保険者である方
- ◎納期到来分の後期高齢者医療保険料を完納している方※

※保険料を金融機関等の窓口にて納められている方はご納付された情報が市役所に届くまで、時間がかかってしまう可能性があります。納期間近で納められた場合は、申請時に領収書のご提示をお願いいたします。

<ご受診にあたっての注意事項>

- ◎体調や治療等の理由により、項目設定された検査を受けなかった場合においても、自己負担額は変わりません。
- ◎以下のいずれかの項目に該当された場合、補助できません。
 - (a) 同年度に健康診査と人間ドックを重複して受診された場合
 - (b) 受診日時点で、富士見市後期高齢者医療保険の資格を喪失していた場合
 - (c) 指定医療機関以外で人間ドックを受診された場合
- ◎本補助事業における人間ドックは健康診査の検査項目を網羅しております。検査結果については、受診医療機関から受診者本人及び富士見市に通知されます。

【お問い合わせ先】

〒354-8511

埼玉県富士見市大字鶴馬1800番地の1

富士見市役所 保険年金課 後期高齢者医療係

電話 049-252-7114（直通）

FAX 049-254-2000



人間ドック補助対象となる指定医療機関

<富士見市>

医療機関名	住所	電話番号	消化器系の検査	眼底検査
アイルみずほ内科クリニック	東みずほ台 1-3-14 高野ビルディング 103	049-252-8855	胃カメラ	院内実施
イムス富士見総合病院	鶴馬 1967-1	049-251-3060	両方可	外部委託
北村クリニック	水谷 2-4-19 カーサヘリオス 1F	049-275-3051	胃カメラ	外部委託
日鼻医院	鶴瀬西 2-4-13	049-251-0633	胃カメラ	外部委託
さくら記念病院	水谷東 1-28-1	049-253-3811	胃カメラ	院内実施
篠田中央クリニック	鶴瀬東 1-8-19	049-251-0200	両方可	院内実施
根本外科整形外科	鶴馬 3477-1	049-251-0011	胃カメラ	院内実施
はまだ内科クリニック	東みずほ台 3-24-6	049-268-7100	胃カメラ	院内実施
三浦病院	下南畑 3166	049-254-7111	胃カメラ	院内実施
みずほ台サンクリニック	西みずほ台 1-1-1	049-255-3929	胃カメラ	外部委託
みずほ台病院	西みずほ台 2-9-5	049-252-5121	両方可	院内実施
きらり・ヘルスケアクリニック	山室 1-1313 ららぽーと富士見 1F	049-257-5420	胃カメラ	外部委託

<ふじみ野市>

大井協同診療所	ふじみ野 1-1-15	049-267-1101	両方可	院内実施
上福岡総合病院	福岡 931	049-266-0111	両方可	院内実施
岸内科クリニック	うれし野 1-6-6	049-256-2166	胃カメラ	外部委託
さくらクリニック	亀久保 1-1-16-106	049-278-6656	胃カメラ	外部委託
松澤クリニック	ふじみ野 3-9-20	049-278-6288	両方可	院内実施

<三芳町>

イムス三芳総合病院	藤久保 974-3	049-258-2323	両方可	院内実施
三芳野病院	北永井 890-6	049-259-3333	X線	院内実施

※眼底検査が外部委託の場合は、提携眼科での実施となります。

詳細は実施医療機関に直接ご確認ください。

人間ドック・健康診査検査項目比較表

項目	人間ドック	健康診査
1 理学所見	聴打診・脈	聴打診・脈
2 身体計測	身長・体重・腹囲・BMI	身長・体重・腹囲・BMI
3 視力検査	視力検査	
4 呼吸器系	胸部X線	
5 循環器系	血圧・心電図 中性脂肪・HDL-コレステロール LDL-コレステロール 総コレステロール	血圧・心電図 中性脂肪・HDL-コレステロール LDL-コレステロール
6 消化器系	胃部X線(胃部直接) または胃カメラ ※1	
7 腎機能	クレアチニン・尿酸・eGFR 尿素窒素	クレアチニン・尿酸・eGFR
8 糖尿病	血糖・HbA1c	血糖・HbA1c
9 肝機能	AST・ALT・γGTP 総蛋白・アルブミン・ALP 総ビリルビン・直接ビリルビン ChE・LDH	AST・ALT・γGTP
10 B型肝炎	HBs抗原	
11 C型肝炎	HCV抗体	
12 腹部超音波	腹部超音波	
13 血液一般	赤血球数・白血球数 ヘモグロビン(血色素) ヘマトクリット(赤血球容積) 血小板数	赤血球数・白血球数 ヘモグロビン(血色素) ヘマトクリット(赤血球容積)
14 尿定性	蛋白・糖・潜血・ウロビリノーゲン	蛋白・糖・潜血
15 検便	免疫便潜血(2回法)	
16 眼底	眼底検査	要件該当の場合は実施 ※2
受診期間	通年	6月～11月
費用	自己負担 7,550円	自己負担 0円

網掛けになっている箇所は人間ドックでのみ実施する検査項目です。

※1 実施医療機関によって検査方法等が異なります。左記の「消化器系の検査」をご参照ください。

※2 当該年度の検査結果から医師が必要であると認めた場合には、実施対象となります。

(その際、追加料金はかかりません)