

2025年度 巡回レディース健診 内容表

○「巡回レディース健康診断のご案内」と合わせてご確認ください。

ご加入の健康保険組合名

コムシスホールディングス健康保険組合



対象者

- 当健保組合に加入している方で、2025年度（本年4月1日～翌年3月31日）35歳～74歳になる被保険者、被扶養者、任意継続被保険者、任意継続被扶養者の女性を対象となります。
※ 受診日に資格を有していることが必須。

申込期限

- 2025年12月31日（水）（消印有効）
※各健診会場の実施日2ヶ月前までに、申込み手続きを実施してください。

受診期限

- 2026年3月31日（火）まで
※お申込みがお済みでも、受診時に当健保組合に加入していない場合は補助は受けられません。
ご注意ください。

検査項目

- 裏面の巡回健診コース一覧表をご確認ください。

自己負担金額

必須項目は、健康保険組合が全額負担致します。
オプション項目につきましては、6,000円を超えた金額が自己負担金額となります。（裏面をご参照ください。）
自己負担金額につきましては、受診日当日窓口にてお支払いください。

個人情報の取り扱いに関する情報

この健康診断をお申込みされる場合は、以下の点に同意していただける方のみお申込みください。

- 申込書に記載された個人情報は受付事務処理のために受診健診機関に提出されるとともに委託元であるコムシスホールディングス健康保険組合に提供されます。
（健康診断に関する通知をメールまたはSMSで配信する場合がございます。）
- 巡回レディース健診の結果は健診機関から受診者本人へ報告されるほか、健診機関からウィーメックス（株）を経由し、コムシスホールディングス健康保険組合に報告されます。
- コムシスホールディングス健康保険組合は申込書記入の情報と健康診断結果を対象者の保健指導等に利用いたします。
- コムシスホールディングス健康保険組合は、「コムシスホールディングス健康保険組合個人情報保護管理規程」の定めに基づき個人情報の保護の徹底を図ります。

巡回健診コース一覧

検査項目		詳細項目	実施項目	健保負担額	自己負担額	
必須項目	身体測定診察等	医師問診・理学的所見（身体診察）	●	14,300円	0円	
		身長	●			
		体重	●			
			BMI			●
			血圧			●
			腹囲			●
			視力			●
			聴力			●
		胸部検査	胸部X線検査（直接撮影）			●
		心電図	安静時12誘導			●
	尿検査	尿糖	●			
		尿蛋白	●			
		尿潜血	●			
	血液検査	赤血球数	●			
		血色素	●			
		ヘマトクリット（Ht）	●			
		白血球（WBC）	●			
		血清鉄（Fe）	●			
		総コレステロール（T-Chol）	●			
		中性脂肪（TG）	●			
		HDL-c	●			
		LDL-c	●			
		GOT（AST）	●			
		GPT（ALT）	●			
		γ-GTP	●			
		ALP	●			
		A/G比	●			
		総ビリルビン（T-BIL）	●			
		総蛋白（TP）	●			
		尿酸（UA）	●			
		尿素窒素（BUN）	●			
		クレアチニン（CRE）	●			
		空腹時血糖（BS）	●			
グリコヘモグロビンA1c（HbA1c）	●					
大腸がん	便潜血検査2回法	●	1,676円			
オプション項目	乳がん	乳腺エコー	○	6,050円	6,000円を超えた金額	
		マンモグラフィ	○	6,600円		
	子宮がん	子宮頸部細胞診	○※1	6,050円		
		HPV（ヒトパピローマウイルス）	○※1	5,500円		
		腫瘍マーカー（CA125：卵巣・子宮）	○	2,200円		
	胃がん	胃部X線検査（間接撮影）	○	5,500円		
		ペプシノーゲン	○	2,200円		
		ヘリコバクターピロリ（定量）	○	2,200円		
腹部検査	腹部超音波（5臓器）	○	5,500円			

● 必須項目

○ オプション項目

注1) オプション項目は健保負担額6,000円を超えた金額が受診者様の自己負担額となります。

注2) 乳房マンモグラフィは実施しない会場があります。選択されても削除となります。ご注意ください。

（会場リストをご確認ください）

注3) ※1 HPVは子宮頸部細胞診とセットでの受診となります。

HPVを希望される場合は必ず子宮頸部細胞診を選択してください。