

**令和8年度**

# **保健厚生事業実施要項**

**公立学校共済組合宮崎支部  
(宮崎県教育庁財務福利課内)**

# 令和8年度保健厚生事業一覧表

| 事業名                             |                                                        |                                                                                                                                | 事業の概要                                                                                                                            | 実施時期                                                                                          | 対象者<br>(令和8年4月1日現在の年齢)                                                               | 対象人員<br>(予定)           | 申込様式<br>申込/切日 |  |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------|--|
| 健康事業                            | 人間ドック事業                                                |                                                                                                                                | 生活習慣病予防及び疾病の早期発見のための精密検査を実施し、その検査費用を助成する。                                                                                        |                                                                                               | ※指定年齢とは 令和8年4月1日現在で<br>30, 33, 36, 39, 42, 45, 48, 51, 54, 57, 59, 62, <b>64歳</b> の方 | 4/10(金) 必着             |               |  |
|                                 | 組合員指定年齢                                                | 1日ドック<br>【指定年齢】                                                                                                                | 個人負担額 6,000円<br>オプション検査<br>・大腸ファイバー検査 共済助成額 4,000円<br>・頭部MRI/MRA検査 共済助成額 4,000円<br>・胸部CT検査 共済助成額 4,000円<br>・婦人がん検診 個人負担額 1,000円  | 6月～2月                                                                                         | 指定年齢の共済組合員                                                                           | 3,040人                 | (様式1)         |  |
|                                 |                                                        | へき地等ドック<br>【指定年齢】                                                                                                              | 個人負担額 11,000円<br>オプション検査<br>・大腸ファイバー検査 共済助成額 4,000円<br>・頭部MRI/MRA検査 共済助成額 4,000円<br>・胸部CT検査 共済助成額 4,000円<br>・婦人がん検診 個人負担額 1,000円 |                                                                                               | ①指定年齢<br>②へき地、特地、それに準ずる教育委員会勤務<br>③居住地が宮崎市以外の要件を満たす 共済組合員                            | 80人                    | (様式1)         |  |
|                                 |                                                        | PET/CTドック<br>【指定年齢】[39歳以上]                                                                                                     | 共済助成額 30,000円<br>※個人負担額 69,000円～85,000円                                                                                          |                                                                                               | ①指定年齢<br>②39歳以上の要件を満たす 共済組合員                                                         | 250人                   | (様式1)         |  |
|                                 | 組合員指定年齢外                                               | 1日ドック<br>【特別枠】                                                                                                                 | 個人負担額 6,000円<br>オプション検査<br>・大腸ファイバー検査 共済助成額 4,000円<br>・頭部MRI/MRA検査 共済助成額 4,000円<br>・胸部CT検査 共済助成額 4,000円<br>・婦人がん検診 個人負担額 1,000円  | 6月～2月                                                                                         | <特別枠><br>①3年以上受診していない<br>②令和8年4月1日現在、30歳以上の要件を満たす 共済組合員                              | ※受診予定者数は未定             | (様式1)         |  |
|                                 |                                                        | 女性ドック<br>【指定年齢外】                                                                                                               | 個人負担額 3,000円<br>・子宮がん検査<br>・乳がん検査<br>※セット受診が原則                                                                                   |                                                                                               | 指定年齢外の共済女性組合員                                                                        | 1,350人                 | (様式1)         |  |
|                                 | 被扶養配偶者                                                 | 被扶養配偶者ドック                                                                                                                      | 個人負担額 6,000円<br>オプション検査<br>・婦人がん検診 個人負担額 1,000円                                                                                  | 令和8年度内に40歳から74歳の要件を満たす被扶養配偶者                                                                  | 400人                                                                                 | (様式2)                  |               |  |
|                                 | 特定健康診査等事業                                              |                                                                                                                                | メタボリックシンドロームに着目した特定健康診査及び生活習慣病予防を目的とした特定保健指導を実施する。                                                                               | 随時                                                                                            | 40歳以上74歳までの共済組合員<br>40歳以上74歳までの被扶養者                                                  | 別途通知                   |               |  |
|                                 | 健康づくり事業                                                | スポーツ施設優待割引事業                                                                                                                   |                                                                                                                                  | 自主的な健康づくりを支援するために、民間スポーツ施設入会・利用時の優待割引制度を設ける。                                                  | 年間                                                                                   | 共済組合員及びその被扶養者          |               |  |
|                                 |                                                        | 健康づくり教室等助成事業                                                                                                                   |                                                                                                                                  | 組合員の健康づくりをサポートするために、所属所等で実施する健康づくり教室等に対し助成する。                                                 | 年間                                                                                   | 共済組合員の在籍所属所            | 別途通知          |  |
| 健康づくりセミナー                       |                                                        | 健康管理を支援するため、専門講師を招いてセミナーを開催する。                                                                                                 | 8月～9月                                                                                                                            | 共済組合員及びその家族                                                                                   | 別途通知                                                                                 |                        |               |  |
| オンライン禁煙外来プログラム                  |                                                        | 禁煙の啓発と支援を目的として、オンライン禁煙外来プログラムを実施。(個人負担額 5,000円)                                                                                | 年間                                                                                                                               | 共済組合員                                                                                         | 7人                                                                                   | 別途通知                   |               |  |
| チャレンジウォーキング                     |                                                        | 組合員の運動不足の解消、生活習慣病予防のために、日常生活での運動習慣の意識付けのため実施する。                                                                                | 未定                                                                                                                               | 共済組合員                                                                                         | 1,800人                                                                               | 別途通知                   |               |  |
| 予防接種補助事業                        |                                                        | 指定する予防接種に対し、その費用の一部を助成する。                                                                                                      | 4月～2月                                                                                                                            | 共済組合員                                                                                         | 別途通知                                                                                 |                        |               |  |
| 教職員相談事業                         |                                                        | 生活及び職場における諸種の相談に応じる。<br>TEL 0985-29-8958<br>Email kyosyokuin-sodan@pref.miyazaki.lg.jp                                         | 年間<br>相談日<br>火・金 12時30分～17時30分                                                                                                   | 教職員等及びその家族                                                                                    | 宮崎県教育委員会事業                                                                           | 別途通知                   |               |  |
| 医療機関によるメンタルヘルス相談事業              |                                                        | 心の悩み・心の健康について専門の医療機関が相談に応じる。                                                                                                   | 年間                                                                                                                               | 共済組合員及びその家族<br>上司・同僚                                                                          | 別途通知                                                                                 |                        |               |  |
| メンタルヘルス対策事業                     |                                                        | 組合員のメンタルヘルスの向上を図るためのセミナー等を実施する。                                                                                                | 8月～10月                                                                                                                           | 共済組合員                                                                                         | 別途通知                                                                                 |                        |               |  |
| 臨床心理士相談事業                       |                                                        | ○臨床心理士相談室<br>臨床心理士が組合員の悩みごとの相談に応じる。<br>TEL 0985-29-8958 面談予約 TEL 0985-26-7242<br>または kyoikucho-hokenshitsu@pref.miyazaki.lg.jp |                                                                                                                                  | 年間<br>相談日<br>第2・第4日曜<br>10:00～15:00                                                           | 教職員等及びその家族                                                                           | 宮崎県教育委員会との共同事業         | 別途通知          |  |
|                                 |                                                        | ○臨床心理士出張相談<br>所属からの相談・研修の依頼を受け、臨床心理士を派遣する。                                                                                     |                                                                                                                                  | 年間                                                                                            | 各所属                                                                                  |                        |               |  |
| 教職員電話健康相談24<br>(公立学校共済組合本部事業)   |                                                        | 組合員とその被扶養者の身体と心の健康に関する悩みについて、電話により相談に応じる。<br>TEL 0800-777-8349                                                                 | 年中無休<br>24時間受付                                                                                                                   | 共済組合員及びその被扶養者                                                                                 |                                                                                      |                        |               |  |
| Web相談(こころの相談)<br>(公立学校共済組合本部事業) |                                                        | 組合員とその被扶養者が抱える様々な悩みについて、専用Webサイトから相談を受け付け、その解決を図る。<br>URL https://www.mh-c.jp/ ログイン番号 783269                                   | 年間                                                                                                                               | 共済組合員及びその被扶養者                                                                                 |                                                                                      |                        |               |  |
| り事業                             |                                                        | 電話・面談メンタルヘルス相談<br>(公立学校共済組合本部事業)                                                                                               |                                                                                                                                  | 組合員とその被扶養者の心の悩みについて、臨床心理士の相談員が電話・面談により相談に応じる。<br>面談の1回の相談時間は約50分で5回まで無料。<br>TEL 0800-700-5680 | 年間<br>電話相談<br>月～土<br>10:00～22:00<br>面談予約<br>月～土<br>10:00～20:00                       | 共済組合員及びその被扶養者          |               |  |
|                                 |                                                        | 女性医師電話相談<br>(公立学校共済組合本部事業)                                                                                                     |                                                                                                                                  | 女性の組合員と被扶養者の身体の健康問題について、女性医師が相談に応じる。<br>TEL 0120-215-579 (フリーダイヤル)                            | 年間<br>相談日<br>月～土<br>10:00～21:00                                                      | 共済組合員及びその被扶養者<br>※女性のみ |               |  |
|                                 |                                                        | 介護電話相談<br>(公立学校共済組合本部事業)                                                                                                       |                                                                                                                                  | 組合員とその被扶養者の介護全般に関する悩みごとについて、ケアマネジャーや社会福祉士が相談に応じる。<br>TEL 0120-515-579 (フリーダイヤル)               | 年間<br>相談日<br>月～土<br>10:00～18:00                                                      | 共済組合員及びその被扶養者          |               |  |
|                                 | LINEメンタルヘルス相談事業<br>(心ほっとサポート@公立学校共済)<br>(公立学校共済組合本部事業) |                                                                                                                                | 組合員の心の悩みについて、LINEから相談を受け付け、公認心理師や臨床心理士等が相談に応じる。<br>LINEアカウント @kouritukyosai_mh                                                   | 年間<br>相談日<br>水・土・日・月<br>利用時間<br>18:00～22:00                                                   | 共済組合員                                                                                |                        |               |  |
|                                 | 心の健康チェック事業<br>(公立学校共済組合本部事業)                           |                                                                                                                                | インターネットを利用して無料セルフチェックを行い、精神疾患の発症の未然防止を図る。<br>URL https://kokoronokenkou.jp/<br>ID teacher パスワード teacher2026                      | 年間<br>利用時間<br>6:00～24:00                                                                      | 共済組合員                                                                                |                        |               |  |
|                                 | 九州中央病院メンタルヘルス事業<br>[メンタルヘルス相談]<br>[オンラインメンタルヘルス相談]     |                                                                                                                                | 組合員とその被扶養者の心の悩みについて、面談により相談に応じる。3回まで無料。<br>TEL 092-541-4936                                                                      | 予約制                                                                                           | 共済組合員及びその被扶養者                                                                        |                        |               |  |
|                                 | 九州中央病院「セカンドオピニオン相談」                                    |                                                                                                                                | 組合員とその被扶養者を対象に、内科・整形外科・心療内科の疾病について、面談によりセカンドオピニオンの相談に応じます。<br>TEL 092-541-4936                                                   | 予約制                                                                                           | 共済組合員及びその被扶養者                                                                        |                        |               |  |
|                                 | 九州中央病院メンタルヘルス事業<br>[復職に向けてのプログラム]                      |                                                                                                                                | 病気療養中・休職中の組合員を対象に復職に向けてのプログラムを実施する。<br>TEL 092-541-4936                                                                          | 予約制                                                                                           | 病休中・休職中の共済組合員<br>※主治医の紹介状が必要となります。                                                   |                        |               |  |
| 一般事業                            | ライフプランセミナー                                             |                                                                                                                                | 生涯にわたる生活設計の立案を支援するセミナーを開催する。                                                                                                     | 8月                                                                                            | 共済組合員及びその家族                                                                          | 別途通知                   |               |  |
|                                 | 介護講座                                                   |                                                                                                                                | 本人や家族が要介護者となった場合に備え、講習を開催する。                                                                                                     | 7月～8月                                                                                         | 共済組合員及びその家族                                                                          | 別途通知                   |               |  |
|                                 | 船員組合とその被扶養配偶者を対象として実施する旅行等に助成する                        |                                                                                                                                | 適宜                                                                                                                               | 船員組合員及びその被扶養配偶者                                                                               | 別途通知                                                                                 |                        |               |  |
|                                 | 宿泊助成事業                                                 |                                                                                                                                | 指定する宿泊施設を利用する組合員とその被扶養配偶者に対し、その宿泊費用の一部を助成する。                                                                                     | 年間                                                                                            | 共済組合員及び被扶養配偶者                                                                        | 宮崎県教職員互助会に委託           |               |  |

# 令和8年度 保健厚生事業実施要項

## 目 次

### 健診事業

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| 1 人間ドック事業 .....                | 1  |
| 人間ドック受診までの事務手続き .....          | 3  |
| ■1日ドック .....                   | 4  |
| ■へき地等ドック .....                 | 9  |
| ■PET/CTドック .....               | 12 |
| ■女性ドック .....                   | 14 |
| ■被扶養配偶者ドック .....               | 15 |
| 人間ドック申込み方法について .....           | 16 |
| ■人間ドック申込書【様式1】 .....           | 17 |
| ■被扶養配偶者ドック申込書【様式2】 .....       | 19 |
| ■人間ドック日程変更・取消報告について .....      | 21 |
| ■申込書選択及び記入について .....           | 23 |
| ■人間ドック申込書（職員配付用） .....         | 25 |
| ■健診機関等コード一覧表 .....             | 26 |
| ■被扶養配偶者ドック申込書（被扶養配偶者配付用） ..... | 27 |
| 健診会場案内図 .....                  | 28 |
| 2 特定健康診査等事業 .....              | 31 |

### 健康づくり事業

|                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------|----|
| 1 スポーツ施設優待割引事業 .....                                      | 33 |
| 2 健康づくり教室等助成事業 .....                                      | 33 |
| 3 健康づくりセミナー .....                                         | 34 |
| 4 オンライン禁煙外来プログラム .....                                    | 34 |
| 5 チャレンジウォーキング .....                                       | 35 |
| 6 予防接種補助事業 .....                                          | 35 |
| 7 教職員相談事業 .....                                           | 35 |
| 8 医療機関によるメンタルヘルス相談事業 .....                                | 36 |
| 9 メンタルヘルス対策事業 .....                                       | 37 |
| 10 臨床心理士相談事業 .....                                        | 37 |
| 11 40歳未満保健指導 .....                                        | 38 |
| 12 重症化予防対策受診勧奨事業 .....                                    | 38 |
| 13 教職員電話健康相談24（公立学校共済組合本部事業） .....                        | 38 |
| 14 Web相談（こころの相談）（公立学校共済組合本部事業） .....                      | 38 |
| 15 電話・面談メンタルヘルス相談（公立学校共済組合本部事業） .....                     | 39 |
| 16 女性医師電話相談（公立学校共済組合本部事業） .....                           | 39 |
| 17 介護電話相談（公立学校共済組合本部事業） .....                             | 40 |
| 18 LINEメンタルヘルス相談<br>（心ほっとサポート@公立学校共済）（公立学校共済組合本部事業） ..... | 40 |
| 19 心の健康チェック事業（公立学校共済組合本部事業） .....                         | 40 |
| 20 九州中央病院「メンタルヘルス相談・オンラインメンタルヘルス相談」 .....                 | 41 |
| 21 九州中央病院「セカンドオピニオン相談」 .....                              | 41 |
| 22 九州中央病院「復職に向けてのプログラム」 .....                             | 42 |

### 一般事業

|                       |    |
|-----------------------|----|
| 1 ライフプランセミナー .....    | 43 |
| 2 介護講座 .....          | 43 |
| 3 船員組合員福利厚生助成事業 ..... | 44 |
| 4 宿泊助成事業 .....        | 44 |

### その他

|                            |    |
|----------------------------|----|
| 予防接種補助金請求書（様式） .....       | 45 |
| 予防接種補助金 領収書についての注意事項 ..... | 46 |
| 文書一括送付用 代表アドレス変更報告書 .....  | 47 |

# 健診事業

## 1 人間ドック事業

### ◆制度概要

生活習慣病予防及び疾病の早期発見のための精密検査を実施し、費用を助成します。

この事業は、指定年齢制を導入し、3年に1回の定期的な受診を可能にしています。そのため、指定年齢の方が申込みを行えば、1日ドック・へき地等ドックまたはPET／CTドックを必ず受診することができます。

### ◆昨年度からの変更点

女性ドックの健診会場に「延岡・日南・都城」を追加しました（検診車）。

### ◆人間ドックの種類

| 人間ドック種類           | 対 象 者                                                   | 定 員    |
|-------------------|---------------------------------------------------------|--------|
| 1日ドック<br>(指定年齢)   | 指定年齢（※1）の組合員（※2）<br>（※へき地・特地・それに準ずる教育委員会勤務の宮崎市居住組合員も含む） | 3,040名 |
| 1日ドック<br>(特別枠)    | 指定年齢時に事情により人間ドックを受診できずに健診期間が3年以上空いてしまった30歳以上の組合員        | 若干名    |
| へき地等ドック<br>(1泊2日) | ①指定年齢（※1）の組合員<br>②へき地・特地・それに準ずる教育委員会に勤務し、居住地が宮崎市以外の組合員  | 80名    |
| PET/CTドック         | 指定年齢（※1）の39歳以上の組合員                                      | 250名   |
| 女性ドック             | 指定年齢以外の女性組合員（※3）                                        | 1,350名 |
| 被扶養配偶者<br>ドック     | 令和8年度内に40歳から74歳に到達する被扶養配偶者（※2）                          | 400名   |

#### ※1 指定年齢

令和8年4月1日現在の年齢が、

30歳・33歳・36歳・39歳・42歳・45歳・48歳・51歳・54歳・57歳・59歳・62歳・64歳の共済組合員

#### ※2 組合員と被扶養配偶者

組 合 員→任意継続組合員は除きます。

被扶養配偶者→組合員・短期組合員の配偶者です。任意継続組合員の被扶養者は除きます。

#### ※3 女性ドックについて

指定医療機関のうち、「宮崎県健康づくり協会（宮崎・延岡・日南・都城）」は20代の受入れはできません。

# <特に注意していただきたい点>

- ※ 1 婦人がん検診（乳がん検査・子宮がん検査）については人間ドック（へき地等ドック・1日ドック）の基本コースに設定していますので、婦人がん検診の受診を希望しない場合は、人間ドック受診決定通知が届き次第、速やかにその旨を医療機関へ連絡してください。
- ※ 2 大腸内視鏡検査・頭部MRI/MRA・胸部CT検査については、人間ドック（へき地等ドック・1日ドック）のオプション検査助成対象として設定していますが、受診できない健診機関もあります。お申込みの際には、実施機関について必ずP6～8で確認してください。
- ※ 3 PET/CTドックの自己負担額は最大約8万5千円です。
- ※ 4 人間ドックと事業主が実施する定期健康診断は目的が異なります。人間ドックは法令に基づく定期健康診断とは異なるため、指導区分の決定はできません。
- ※ 5 人間ドックを複数お申し込みいただいても、決定する人間ドックは1種類です。フローチャートで申込み可能な人間ドックを確認してください。また、受入枠や優先順位等の理由により、指定年齢者以外の方については抽選漏れとなる可能性があります。
- ※ 6 資格喪失後は受診することができませんので、特に短期組合員については、受診が決定した場合は任用期間中に受診できるよう日程調整を行ってください。  
また、年度途中で学校を異動した場合は、受診予定の健診機関に、勤務校が変わったことを必ず連絡してください。

## ◆健診機関

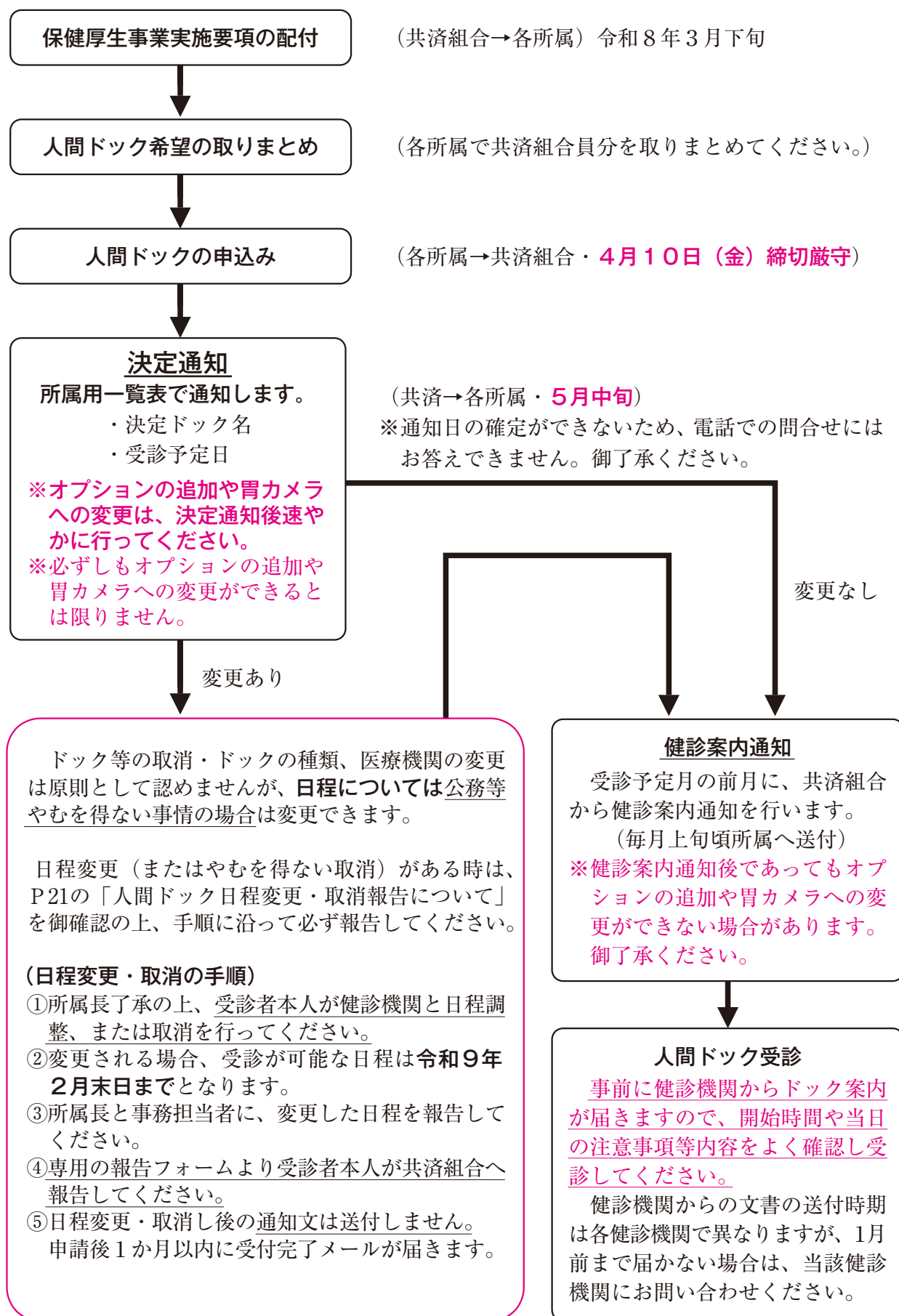
| 市町村          | 健診機関名                   | 1日ドック<br>(自己負担<br>6,000円) | 1日ドックオプション                      |                   |            |             | へき地等<br>ドック<br>(自己負担<br>11,000円) | へき地等ドックオプション |                   |            |             | PET/<br>CT<br>ドック<br>(助成額<br>30,000円) | 女性<br>ドック<br>(自己負担<br>3,000円) | 被扶養<br>配偶者<br>ドック<br>(自己負担<br>6,000円) |
|--------------|-------------------------|---------------------------|---------------------------------|-------------------|------------|-------------|----------------------------------|--------------|-------------------|------------|-------------|---------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
|              |                         |                           | 婦人がん<br>検査                      | 頭部<br>MRI/<br>MRA | 大腸がん<br>検査 | 肺がん<br>CT検査 |                                  | 婦人がん<br>検査   | 頭部<br>MRI/<br>MRA | 大腸がん<br>検査 | 肺がん<br>CT検査 |                                       |                               |                                       |
| 宮崎<br>市      | 宮崎市医師会病院<br>健診センター      | ○<br>内視鏡<br>OP有<br>(経鼻有)  | ○                               | ○                 |            | ○           |                                  |              |                   |            |             |                                       | ○                             |                                       |
|              | 宮崎善仁会病院<br>健診センター       | ○<br>内視鏡<br>OP有           | ○                               | ○                 | ○          | ○           | ○<br>内視鏡<br>OP有                  | ○            | ○                 | ○<br>全大腸も可 | ○           |                                       | ○                             |                                       |
|              | 古賀駅前クリニック<br>健診センター     | ○<br>内視鏡<br>(経鼻有)         | ○                               | ○                 |            | ○           | ○<br>内視鏡<br>(経鼻有)                | ○            | ○                 |            | ○           |                                       |                               |                                       |
|              | 野崎病院                    | ○<br>内視鏡<br>OP有           | ○                               | ○                 |            | ○           | ○<br>内視鏡<br>(経鼻有)                | ○            | ○                 | ○          | ○           |                                       |                               |                                       |
|              | 藤元総合病院附属<br>予防医療クリニック   | ○<br>内視鏡<br>(経鼻有)         | ○<br>(同日に別<br>医療機関<br>で受診)      | ○                 | ○          | ○           |                                  |              |                   |            |             |                                       |                               | ○<br>内視鏡<br>OP有<br>(経鼻有)              |
|              | 宮崎県健康づくり協会              | ○                         | ○                               |                   |            | ○           |                                  |              |                   |            |             |                                       | ○                             |                                       |
|              | 宮崎江南病院<br>健康管理センター      | ○<br>内視鏡<br>OP有<br>(経鼻有)  | ○                               | ○                 |            | ○           |                                  |              |                   |            |             |                                       |                               |                                       |
|              | 宮崎鶴田記念クリニック<br>がん検診センター |                           |                                 |                   |            |             |                                  |              |                   |            |             | ○                                     |                               |                                       |
| 日南<br>市      | 日南市立中部病院                | ○<br>内視鏡<br>変更可<br>(経鼻有)  |                                 |                   | ○          | ○           |                                  |              |                   |            |             |                                       |                               |                                       |
|              | 宮崎県健康づくり協会<br>(検診車)     |                           |                                 |                   |            |             |                                  |              |                   |            |             |                                       | ○                             |                                       |
| 串間<br>市      | 串間市民病院                  | ○<br>内視鏡<br>OP有           | ○                               | ○                 |            | ○           |                                  |              |                   |            |             |                                       |                               |                                       |
| 西都<br>市      | 鶴田病院                    | ○<br>内視鏡<br>変更可           | ○<br>(同日に別<br>医療機関<br>で受診)      | ○                 | ○          | ○           |                                  |              |                   |            |             |                                       |                               |                                       |
| 川南<br>町      | 川南病院                    | ○<br>内視鏡<br>変更可<br>(経鼻有)  |                                 | ○                 |            | ○           |                                  |              |                   |            |             |                                       |                               |                                       |
| 都<br>城<br>市  | 都城健康サービスセンター            | ○<br>内視鏡<br>OP有<br>(経鼻有)  | ○                               | ○                 | ○<br>全大腸   | ○           |                                  |              |                   |            |             |                                       |                               |                                       |
|              | 藤元総合病院附属<br>予防医療プラザ     | ○<br>内視鏡<br>OP有<br>(経鼻有)  | ○                               | ○                 | ○          | ○           |                                  |              |                   |            |             | ○                                     | ○                             | ○<br>内視鏡<br>OP有<br>(経鼻有)              |
|              | 宮崎県健康づくり協会<br>(検診車)     |                           |                                 |                   |            |             |                                  |              |                   |            |             |                                       | ○                             |                                       |
| 小林<br>市      | 園田病院健診センター              | ○<br>内視鏡<br>(経鼻有)         |                                 |                   |            | ○           |                                  |              |                   |            |             |                                       |                               |                                       |
| 延<br>岡<br>市  | 延岡市医師会病院                | ○                         | ○                               |                   |            |             |                                  |              |                   |            |             |                                       |                               |                                       |
|              | 黒木病院                    | ○<br>内視鏡<br>OP有           | ○<br>(同日に別<br>医療機関<br>で受診)      |                   | ○<br>全大腸   | ○           |                                  |              |                   |            |             |                                       |                               | ○<br>内視鏡<br>OP有                       |
|              | 延岡共立病院<br>健診センター        | ○<br>内視鏡                  | ○                               | ○                 |            | ○           |                                  |              |                   |            |             |                                       |                               |                                       |
|              | 労衛研延岡<br>健診センター         | ○<br>内視鏡<br>OP有<br>(経鼻有)  | ○<br>(同日に別医療<br>機関で受診の<br>場合有り) |                   |            |             |                                  |              |                   |            |             |                                       |                               |                                       |
|              | 宮崎県健康づくり協会<br>(検診車)     |                           |                                 |                   |            |             |                                  |              |                   |            |             |                                       | ○                             |                                       |
| 日向<br>市      | 和田病院                    | ○<br>内視鏡<br>変更可<br>(経鼻有)  |                                 |                   |            |             |                                  |              |                   |            |             |                                       |                               |                                       |
| 五ヶ<br>瀬<br>町 | 五ヶ瀬町<br>国民健康保険病院        | ○<br>内視鏡                  |                                 |                   |            |             |                                  |              |                   |            |             |                                       |                               |                                       |

※法人名は省略しております。※OP=オプション  
※1都城サービスセンターは、条件該当者のみ変更可。

共済助成 4,000円

共済助成 4,000円

## <重要> 人間ドック受診までの事務手続き



# 1 1日ドック（指定年齢）実施要項

|              |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                               |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| ①目的          | 指定年齢の組合員を対象に、生活習慣病予防及び疾病の早期発見のための精密検査を実施し、費用を助成します。                                                                                                                                                                                                          |                                               |
| ②対象者         | <p>令和8年4月1日現在で、30・33・36・39・42・45・48・51・54・57・59・62・64歳（指定年齢）の共済組合員</p> <p>※資格喪失後の受診はできませんので、受診が決定した場合は任用期間中に受診できるよう日程調整を行ってください。（資格喪失後に受診した場合は受診料を返還していただくことになります。）</p> <p>なお、短期組合員については、申込締切日である令和8年4月10日までに組合員資格を取得した方に限ります。</p> <p>※任意継続組合員は除きます。</p>     |                                               |
| ③募集人員        | 3,040名                                                                                                                                                                                                                                                       |                                               |
| ④実施期間        | <p>令和8年6月中旬～令和9年2月末日</p> <p>※延岡共立病院は9月1日以降になります。</p>                                                                                                                                                                                                         |                                               |
| ⑤申込方法        | <p>・申込書「様式1」(P17)により、各所属において受診希望者を取りまとめ、「宮崎県ファイル転送システム」を利用して、当支部へ報告してください。</p> <p><b>*提出期限 4月10日（金） 必着</b></p>                                                                                                                                               |                                               |
| ⑥受診決定方法      | <p>・各健診機関の受診申込者が定員を超えた場合、過去の受診歴等を考慮の上システムにて抽選します。</p>                                                                                                                                                                                                        |                                               |
| ⑦決定通知        | <p>・決定者の受診日を指定し、5月中旬頃に各所属宛てに「当初決定者通知表（一覧）」を送付します。</p> <p>・受診予定月の前月に健診についての通知文を送付します。</p>                                                                                                                                                                     |                                               |
| ⑧実施健診機関      | 別表1（P6）のとおり                                                                                                                                                                                                                                                  |                                               |
| ⑨検査項目        | 別表2（P7～P8）のとおり                                                                                                                                                                                                                                               |                                               |
| ⑩自己負担額及び助成金額 | ●基本コース                                                                                                                                                                                                                                                       |                                               |
|              | 自己負担額                                                                                                                                                                                                                                                        | 別表1（P6）のとおり                                   |
|              | <p>・<u>婦人がん検診は基本コースのセット内容になっているため、女性組合員は受診が必須になります。</u>やむを得ない事情でキャンセルする場合は、遅くとも1か月前までに必ず健診機関に連絡してください。</p> <p>・<u>胃透視を胃カメラに変更する場合は事前予約が必要です。</u>健診機関によっては、時期により予約できない場合もございます。御了承ください。</p> <p>・婦人がん検診や胃カメラを行っていない健診機関もありますので、必ず別表2（P7～P8）の検査項目を確認してください。</p> |                                               |
|              | ●共済助成対象オプション検査                                                                                                                                                                                                                                               |                                               |
|              | 助成金額                                                                                                                                                                                                                                                         | 4,000円                                        |
|              | 対象検査                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>大腸内視鏡検査</p> <p>頭部MRI／MRA</p> <p>胸部CT検査</p> |
| ⑪サービスについて    | <p>・受診希望者は、人間ドックの決定通知後、健診機関へ予約してください。年度前半は、どこの健診期間も満員で予約が取れない場合があります。病院側にも受入れ枠があるためです。御了承ください。</p> <p>・<b>別表1（P6）のオプション検査料金から共済助成金を除く金額が自己負担額となります。</b></p> <p>・助成対象オプション検査を行っていない健診機関もありますので、必ず別表2（P7～P8）の検査項目を確認してお申込みください。</p>                            |                                               |
|              | <p>・県教育委員会事務局等職員及び県立学校の教職員は人間ドック受診とその後の結果説明については、職務専念義務が免除されます。</p> <p>・市町村立学校の教職員等については市町村教育委員会等のサービスの取扱いを確認してください。</p>                                                                                                                                     |                                               |
| ⑫決定後の変更及び取消  | <p>・取消、変更は原則として認めません。</p> <p>・公務等やむを得ない事情の場合は、<u>所属長の上で受診者と健診機関との間で日程調整を行いP21により必ず受診者本人が報告フォームから当支部に報告してください。</u></p>                                                                                                                                        |                                               |

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ⑬特定健康診査への健診結果の利用について | <ul style="list-style-type: none"> <li>・40歳以上の組合員の健診結果については、当支部が実施する特定健康診査の健診結果として使用しますので、使用に同意した上で申込みを行ってください。</li> <li>・受診結果により、特定保健指導対象者と判定された方は、人間ドック期間中に、無料で特定保健指導を受けることができます。<br/>(※古賀駅前クリニック・野崎病院・藤元病院(宮崎・都城)・健康づくり)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                |
| ⑭注 意 事 項             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・希望する健診機関が集中し、第3希望までの健診機関に全て外れた場合には、希望していない健診機関で決定する場合があります。御了承ください。</li> <li>・オプションの追加(胃バリウムを胃カメラに変更する場合を含む)は、1日の実施可能数に上限があります。健診機関によっては一般の患者や他の保険者との競合により希望するオプションがつけられない場合がありますので御了承ください。</li> </ul> <p>受診が難しい場合は、健診機関に取消しの連絡を行った後、当支部にも報告フォームより報告してください。(P21)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・国が推奨する胃部エックス線検査の健診間隔は1年に1回です。したがって、定期健康診断などですでに検査を実施している場合は、身体の負担になるため人間ドックでは実施できなくなる場合があります。御了承ください。</li> </ul> |

## 2 1日ドック(特別枠)実施要項

|                      |                                                                                                                                                                     |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①目 的                 | 組合員を対象に、生活習慣病予防及び疾病の早期発見のための精密検査を実施し、費用を助成します。                                                                                                                      |
| ②対 象 者               | 派遣・産休・育休・休職等で、直近3年以上受診機会がなかった30歳以上の指定年齢外の組合員                                                                                                                        |
| ③募 集 人 員             | 未定(1日ドック指定年齢の定員枠を利用するため)                                                                                                                                            |
| ④実 施 期 間             | 令和8年6月中旬～令和9年2月末日                                                                                                                                                   |
| ⑤申 込 方 法             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・申込書「様式1」(P17)により、各所属において受診希望者を取りまとめ、当支部へ報告してください。</li> <li>・申込書に直近3年以上受診できなかった理由を記入してください。<br/>*提出期限 4月10日(金) 必着</li> </ul> |
| ⑥受診決定方法              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・過去の受診歴を考慮の上システムにて抽選します。</li> <li>・1日ドック指定年齢の定員枠を利用するため、全ての申込者が決定するとは限りません。なお、優先順位は、①指定年齢→②特別枠となります。</li> </ul>              |
| ⑦決 定 通 知             | 1日ドック指定年齢実施要項と同様                                                                                                                                                    |
| ⑧実施健診機関              |                                                                                                                                                                     |
| ⑨検 査 項 目             |                                                                                                                                                                     |
| ⑩自己負担額及び助成金額         |                                                                                                                                                                     |
| ⑪服 務 について            |                                                                                                                                                                     |
| ⑫決定後の変更及び取消          |                                                                                                                                                                     |
| ⑬特定健康診査への健診結果の利用について |                                                                                                                                                                     |
| ⑭注 意 事 項             |                                                                                                                                                                     |

# 別表 1

## 1日ドック

| 健 診<br>機 関<br>コ ー ド | 健診機関名                                | 電話番号         |   | 自己負担額 |            | 胃バリウム<br>検査を胃カ<br>メラ料金へ | 助成対象オプション検査料金             |               |        | 定員<br>予定 |
|---------------------|--------------------------------------|--------------|---|-------|------------|-------------------------|---------------------------|---------------|--------|----------|
|                     |                                      |              |   | 基本    | 婦人<br>がん検査 |                         | 大腸がん<br>内視鏡               | 頭部<br>MRI/MRA | 胸部CT   |          |
| 01                  | 宮崎市医師会病院健診センター<br>宮崎市大字有田1173        | 0985-77-9108 | 男 |       |            | +4,400<br>(経鼻有)         | 便潜血のみ                     | 17,600        | 7,150  | 210      |
|                     |                                      |              | 女 |       | +1,000     |                         |                           |               |        | 200      |
| 02                  | 宮崎善仁会病院総合健診センター<br>宮崎市新別府町江口950-1    | 0985-64-8088 | 男 |       |            | +7,700                  | 11,000                    | 16,500        | 11,000 | 80       |
|                     |                                      |              | 女 |       | +1,000     |                         |                           |               |        | 320      |
| 03                  | 古賀駅前クリニック健診センター<br>宮崎市高千穂通2-7-14     | 0985-22-2112 | 男 |       |            | +7,700<br>(経鼻有)         | 便潜血のみ                     | 16,500        | 8,250  | 300      |
|                     |                                      |              | 女 |       | +1,000     |                         |                           |               |        | 300      |
| 04                  | 野崎病院画像健診センター<br>宮崎市大字恒久5567          | 0985-54-8053 | 男 |       |            | +4,400                  | 便潜血のみ                     | 16,500        | 7,700  | 200      |
|                     |                                      |              | 女 |       | +1,000     |                         |                           |               |        | 200      |
| 05                  | 藤元総合病院付属予防医療クリニック<br>宮崎市北川内町乱橋3584-1 | 0985-53-1101 | 男 |       |            | +3,520<br>(経鼻有)         | 9,900                     | 15,400        | 7,700  | 100      |
|                     |                                      |              | 女 |       | (※1)+1,000 |                         |                           |               |        | 150      |
| 06                  | 宮崎県健康づくり協会<br>宮崎市霧島1-1-2             | 0985-38-5512 | 男 |       |            | バリウムのみ                  | 便潜血のみ                     | なし            | 5,000  | 20       |
|                     |                                      |              | 女 |       | +1,000     |                         |                           |               |        | 100      |
| 23                  | 宮崎江南病院健康管理センター<br>宮崎市大坪町西六月2196-1    | 0985-53-8928 | 男 |       |            | +5,500<br>(経鼻有)         | 便潜血のみ                     | 17,600        | 9,900  | 60       |
|                     |                                      |              | 女 |       | +1,000     |                         |                           |               |        | 70       |
| 25                  | 日南市立中部病院<br>日南市大堂津5-10-1             | 0987-27-1111 | 男 |       |            | +0<br>(経鼻有)             | 便潜血のみ                     | なし            | 17,875 | 40       |
|                     |                                      |              | 女 |       |            |                         |                           |               |        |          |
| 07                  | 串間市民病院<br>串間市大字西方7917                | 0987-72-1234 | 男 |       |            | +5,000                  | 便潜血のみ                     | 14,000        | 12,500 | 15       |
|                     |                                      |              | 女 |       | +1,000     |                         |                           |               |        | 15       |
| 08                  | 鶴田病院<br>西都市御船町1-78                   | 0983-42-3711 | 男 |       |            | +3,300<br>(経鼻有)         | 全大腸<br>14,300             | 22,880        | 19,250 | 10       |
|                     |                                      |              | 女 |       | (※1)+1,000 |                         |                           |               |        | 10       |
| 09                  | 川南病院<br>川南町大字川南18150-47              | 0983-27-4111 | 男 |       |            | +0<br>(経鼻有)             | 便潜血のみ                     | 5,500         | 5,500  | 30       |
|                     |                                      |              | 女 |       |            |                         |                           |               |        |          |
| 10                  | 都城健康サービスセンター<br>都城市太郎坊町1364-1        | 0986-36-8710 | 男 |       |            | +4,000<br>(経鼻有)         | 全大腸のみ<br>※条件該当者<br>13,200 | 14,960        | 11,000 | 40       |
|                     |                                      |              | 女 |       | +1,000     |                         |                           |               |        | 30       |
| 12                  | 藤元総合病院付属予防医療プラザ<br>都城市早鈴町17-1        | 0986-22-7017 | 男 |       |            | +5,800                  | S状検査<br>9,240             | 14,960        | 9,240  | 100      |
|                     |                                      |              | 女 |       | +1,000     |                         |                           |               |        | 130      |
| 21                  | 園田病院健診センター<br>小林市堤3005-1             | 0984-22-2237 | 男 |       |            | +0                      | 便潜血のみ                     | なし            | 10,000 | 15       |
|                     |                                      |              | 女 |       |            |                         |                           |               |        |          |
| 14                  | 延岡市医師会病院<br>延岡市出北6-1621              | 0982-21-1313 | 男 |       |            | バリウムのみ                  | 便潜血のみ                     | 17,000        | なし     | 45       |
|                     |                                      |              | 女 |       | +1,000     |                         |                           |               |        | 40       |
| 15                  | 黒木病院<br>延岡市北小路14-1                   | 0982-21-6381 | 男 |       |            | +3,960                  | 全大腸<br>18,106             | なし            | 16,170 | 40       |
|                     |                                      |              | 女 |       | (※1)+1,000 |                         |                           |               |        | 35       |
| 26                  | 延岡共立病院健診センター<br>延岡市山月町5-5679-1       | 0982-33-1360 | 男 |       |            | 原則胃カメラ                  | 便潜血のみ                     | 19,000        | 12,000 | 20       |
|                     |                                      |              | 女 |       | +1,000     |                         |                           |               |        | 20       |
| 27                  | 労衛研延岡健診センター<br>延岡市愛宕町2丁目1-5 センコービル5階 | 0982-29-4300 | 男 |       |            | +5,500<br>(経鼻有)         | 便潜血のみ                     | なし            | なし     | 20       |
|                     |                                      |              | 女 |       | (※1)+1,000 |                         |                           |               |        | 50       |
| 24                  | 和田病院<br>日向市向江町1-196-1                | 0982-52-0011 | 男 |       |            | +0<br>(経鼻有)             | 便潜血のみ                     | なし            | なし     | 15       |
|                     |                                      |              | 女 |       |            |                         |                           |               |        |          |
| 18                  | 五ヶ瀬町国民健康保険病院<br>五ヶ瀬町大字三ヶ所2109-1      | 0982-73-5500 | 男 |       |            | 胃カメラのみ<br>(経鼻有)         | 便潜血のみ                     | なし            | なし     | 10       |
|                     |                                      |              | 女 |       |            |                         |                           |               |        |          |

※1 同日に別医療機関で受診となる場合があります。

※ 健診機関コードの11・13・16・17・19・22は欠番です。また、順番も前後しています。記入の際はお気を付けください。

※ 会場案内図 P28～P30

別表2

## 令和8年度 1日ドック検査項目一覧表

| 検査区分       | 検査項目                | 宮崎<br>市<br>医師会<br>病院 | 宮崎<br>善仁会<br>病院 | 古賀<br>駅前クリ<br>ニック | 野崎<br>病院  | 藤元<br>総合病<br>院<br>付属予<br>防医療<br>クリニ<br>ック | 健康<br>づくり<br>協会 | 宮崎<br>江南病<br>院<br>健康管<br>理セン<br>ター | 鶴田<br>病院   | 川南<br>病院     | 日南市<br>立中部<br>病院 | 串間市<br>民病院 | 都城<br>健康<br>サービ<br>スセン<br>ター | 藤元<br>総合病<br>院<br>付属予<br>防医療<br>センター<br>宮崎市 | 園田<br>病院 | 和田<br>病院 | 延岡市<br>医師会<br>病院 | 黒木<br>病院 | 共立病<br>院<br>健診セ<br>ンター | 労衛研<br>延岡<br>健診セ<br>ンター | 五ヶ瀬<br>町国民<br>保険病<br>院 |
|------------|---------------------|----------------------|-----------------|-------------------|-----------|-------------------------------------------|-----------------|------------------------------------|------------|--------------|------------------|------------|------------------------------|---------------------------------------------|----------|----------|------------------|----------|------------------------|-------------------------|------------------------|
| 身体計測       | 身長・体重               | ○                    | ○               | ○                 | ○         | ○                                         | ○               | ○                                  | ○          | ○            | ○                | ○          | ○                            | ○                                           | ○        | ○        | ○                | ○        | ○<br>(肥満なし)            | ○                       | ○                      |
|            | BMI (肥満度)           | ○                    | ○               | ○                 | ○         | ○                                         | ○               | ○                                  | ○          | ○            | ○                | ○          | ○                            | ○                                           | ○        | ○        | ○                | ○        | ○                      | ○                       | ○                      |
|            | 腹 囲                 | ○                    | ○               | ○                 | ○         | ○                                         | ○               | ○                                  | ○          | ○            | ○                | ○          | ○                            | ○                                           | ○        | ○        | ○                | ○        | ○                      | ○                       | ○                      |
|            | 体脂肪率                |                      | ○               | ○                 | ○         |                                           | ○               |                                    |            |              |                  |            |                              |                                             | ○        | ○        |                  |          |                        |                         |                        |
| 眼科検査       | 眼 底                 | ○                    | ○               | ○                 | ○         | ○                                         | ○               | ○                                  | ○          | ○            | ○                | ○          | ○                            | ○                                           | ○        |          | ○                | ○        | ○                      | ○                       |                        |
|            | 眼 圧                 | ○                    | ○               | ○                 | ○         | ▲                                         | ○               | ▲                                  |            |              | ○                |            | ○                            |                                             |          |          |                  |          |                        | ○                       |                        |
| 視 力        |                     | ○                    | ○               | ○                 | ○         | ○                                         | ○               | ○                                  | ○          | ○            | ○                | ○          | ○                            | ○                                           | ○        | ○        | ○                | ○        | ○                      | ○                       | ○                      |
| 聴 力        |                     | ○                    | ○               | ○                 | ○         | ○                                         | ○               | ○                                  | ○          | ○            | ○                | ○          | ○                            | ○                                           | ○        | ○        | ○                | ○        | ○                      | ○                       | ○                      |
| 循環器検査      | 血 圧                 | ○                    | ○               | ○                 | ○         | ○                                         | ○               | ○                                  | ○          | ○            | ○                | ○          | ○                            | ○                                           | ○        | ○        | ○                | ○        | ○                      | ○                       | ○                      |
|            | 安静時心電図              | ○                    | ○               |                   | ○         | ○                                         | ○               | ○                                  | ○          | ○            | ○                | ○          | ○                            | ○                                           | ○        | ○        | ○                | ○        | ○                      | ○                       | ○                      |
|            | 心拍数                 |                      |                 | ○<br>(脈拍)         | ○         |                                           |                 |                                    | ○          | ○            | ○                |            | ○                            | ○                                           | ○        |          |                  |          |                        | ○                       | ○                      |
| 呼吸器検査      | 肺機能検査               |                      | ○               | ○                 | ○         | ○                                         | ○               | ○                                  | ▲          | ▲            | ○                | ○          | ○                            | ○                                           | ○        |          | ○                | ○        | ○                      | ○                       | ○                      |
|            | 喀痰検査                |                      |                 | ▲                 | ▲         | ▲                                         | ▲               |                                    |            | ▲            |                  |            | ▲                            |                                             |          |          | ▲                |          |                        | ○                       | ○                      |
|            | 胸部X線                | ○                    | ○               | ○                 | ○         | ○                                         | ○               | ○                                  | ○          | ○            | ○                | ○          | ○                            | ○                                           | ○        | ○        | ○                | ○        | ○                      | ○                       | ○                      |
|            | 胸部C T               | 7,150                | 11,000          | 8,250             | 7,700     | 7,700                                     | 5,000           | 9,900                              | 19,250     | 5,500        | 17,875           | 12,500     | 11,000                       | 9,240                                       | 10,000   |          |                  | 16,170   | 12,000                 |                         |                        |
| 血液一般       | 赤血球・白血球・<br>ヘモグロビン  | ○                    | ○               | ○                 | ○         | ○                                         | ○               | ○                                  | ○          | ○            | ○                | ○          | ○                            | ○                                           | ○        | ○        | ○                | ○        | ○                      | ○                       | ○                      |
|            | ヘマトクリット<br>・血小板     | ○                    | ○               | ○                 | ○         | ○                                         | ○               | ○                                  | ○          | ○            | ○                | ○          | ○                            | ○                                           | ○        | ○        | ○                | ○        | ○                      | ○                       | ○                      |
|            | MCH・MCV<br>・MCHC    | ○                    | ○               | ○                 | ○         | ○                                         | ○               | ○                                  | ○          | ○            | ○                |            | ○                            | ○                                           | ○        |          | ○                | ○        | ○                      | ○                       | ○                      |
|            | 血清鉄                 | ○                    | ○               |                   | ○         | ○                                         |                 |                                    | ▲          | ▲            | ○                | ○          | ○                            | ○                                           | ○        |          | ○                | ○        | ○                      | ○                       |                        |
|            | 血液型                 |                      |                 |                   |           |                                           |                 | ▲                                  | ▲          |              | ▲                | ▲          | ▲                            | ○<br>(初回のみ)                                 | ▲        |          | ○                |          |                        |                         |                        |
| 血液検査       | 血液像<br>(白血球分類)      | ○                    | ○               | ○                 | ▲         | ○                                         | ○               | ○                                  |            | ▲            | ○                | ○          | ○                            | ○                                           | ○        |          | ○                | ○        | ○                      |                         |                        |
|            | 空腹時血糖値              | ○                    | ○               | ○                 | ○         | ○                                         | ○               | ○                                  | ○          | ○            | ○                | ○          | ○                            | ○                                           | ○        | ○        | ○                | ○        | ○                      | ○                       | ○                      |
| 血中脂質<br>検査 | HbA1c               | ○                    | ○               | ○                 | ○         | ○                                         | ○               | ○                                  | ○          | ○            | ○                | ○          | ○                            | ○                                           | ○        | ○        | ○                | ○        | ○                      | ○                       | ○                      |
|            | 総コレステール             | ○                    | ○               | ○                 | ○         | ○                                         | ○               | ○                                  | ○          | ○            | ○                | ○          | ○                            | ○                                           | ○        | ○        | ○                | ○        | ○                      | ○                       |                        |
|            | 中性脂肪                | ○                    | ○               | ○                 | ○         | ○                                         | ○               | ○                                  | ○          | ○            | ○                | ○          | ○                            | ○                                           | ○        | ○        | ○                | ○        | ○                      | ○                       | ○                      |
|            | HDL<br>コレステロール      | ○                    | ○               | ○                 | ○         | ○                                         | ○               | ○                                  | ○          | ○            | ○                | ○          | ○                            | ○                                           | ○        | ○        | ○                | ○        | ○                      | ○                       | ○                      |
|            | Non-HDL<br>コレステロール  | ○                    | ○               | ○                 | ○         | ○                                         | ○               |                                    | ○          | ○            |                  |            |                              | ○                                           |          |          | ○                |          | ○                      |                         |                        |
|            | LDL<br>コレステロール      | ○                    | ○               | ○                 | ○         | ○                                         | ○               | ○                                  | ○          | ○            | ○                | ○          | ○                            | ○                                           | ○        | ○        | ○                | ○        | ○                      | ○                       | ○                      |
|            | GOT・GPT<br>・γ-GTP 他 | ○                    | ○               | ○                 | ○         | ○                                         | ○               | ○                                  | ○          | ○            | ○                | ○          | ○                            | ○                                           | ○        | ○        | ○                | ○        | ○                      | ○                       | ○                      |
|            | LDH                 | ○                    | ○               | ○                 | ○         | ○                                         | ○               | ○                                  | ○          | ○            | ○                | ○          | ○                            | ○                                           | ○        | ○        | ○                | ○        | ○                      | ○                       | ○                      |
| 肝機能検査      | 総蛋白                 | ○                    | ○               | ○                 | ○         | ○                                         | ○               | ○                                  | ○          | ○            | ○                | ○          | ○                            | ○                                           | ○        | ○        | ○                | ○        | ○                      | ○                       | ○                      |
|            | アルブミン               | ○                    | ○               | ○                 | ○         | ○                                         | ○               | ○                                  | ○          | ○            | ○                | ○          | ○                            | ○                                           | ○        | ○        | ○                | ○        | ○                      | ○                       | ○                      |
|            | 総ビリルビン              | ○                    | ○               | ○                 | ○         | ○                                         | ○               | ○                                  | ○          | ○            | ○                | ○          | ○                            | ○                                           | ○        | ○        | ○                | ○        | ○                      | ○                       | ○                      |
|            | アルカリフォスファターゼ        | ○                    | ○               | ○                 | ○         | ○                                         | ○               | ○                                  |            | ○            | ○                | ○          | ○                            | ○                                           | ○        | ○        | ○                | ○        | ○                      | ○                       |                        |
|            | 蛋白分画                |                      | ○               |                   |           |                                           |                 |                                    |            |              | ▲                |            |                              |                                             |          |          | ○                |          |                        |                         |                        |
|            | 直接ビリルビン             | ○                    |                 |                   | ○         | ○                                         |                 |                                    |            |              |                  |            | ○                            | ○                                           |          |          |                  |          |                        |                         |                        |
|            | L A P               | ○                    | ○               |                   |           | ○                                         |                 |                                    |            |              | ▲                |            | ○                            | ○                                           |          |          |                  |          | ○                      | ○                       |                        |
|            | コリンエステラーゼ           | ○                    | ○               | ○                 | ○         | ○                                         |                 |                                    |            | ○            | ○                |            | ○                            |                                             |          | ○        | ○                | ○        | ○                      |                         |                        |
| 肝機能検査      | B型肝炎抗原・抗体           | ○抗原                  | ○               | ○抗原               | ○         | ○抗原                                       | ▲抗原             | ○抗原                                | ○          | ○抗原<br>胃カメラ時 | ○                | ○          | ○                            | ○抗原                                         | ○        | ○        | ○                | ○        | ○                      | ▲                       | ○                      |
|            | C型肝炎抗体              | ○                    | ○               | ○                 | ○         | ○                                         | ▲               | ▲                                  | ○          | ○<br>胃カメラ時   | ○                | ○          | ○                            | ○                                           | ○        | ▲        | ▲                | ○        | ○                      |                         | ○                      |
|            | A/G 比               | ○                    | ○               | ○                 | ○         | ○                                         |                 | ○                                  |            |              | ○                |            | ○                            |                                             |          |          | ○                | ○        |                        | ○                       |                        |
| 腎機能検査      | 尿素窒素                | ○                    | ○               | ○                 | ○         | ○                                         | ○               | ▲                                  | ○          | ○            | ○                | ○          | ○                            | ○                                           | ○        | ○        | ○                | ○        | ○                      | ○                       | ○                      |
|            | クレアチニン              | ○                    | ○               | ○                 | ○         | ○                                         | ○               | ○                                  | ○          | ○            | ○                | ○          | ○                            | ○                                           | ○        | ○        | ○                | ○        | ○                      | ○                       | ○                      |
|            | 尿 酸                 | ○                    | ○               | ○                 | ○         | ○                                         | ○               | ○                                  | ○          | ○            | ○                | ○          | ○                            | ○                                           | ○        | ○        | ○                | ○        | ○                      | ○                       | ○                      |
|            | Cl・Na・K             | ○                    | ○               | ○                 | ○         |                                           |                 |                                    | ▲          |              | ○K・Na<br>▲Cl     |            |                              |                                             |          |          | ○                | ○        | ○                      | ○                       | ○                      |
|            | Ca・p                | ○                    | ○               | ○                 | ○<br>Caのみ |                                           |                 |                                    | ▲          |              |                  |            |                              |                                             |          |          | ○<br>Caのみ        | ○        | ○<br>Caのみ              | ▲                       |                        |
|            | eGFR                | ○                    | ○               | ○                 | ○         | ○                                         | ○               | ○                                  | ○          | ○            | ○                | ○          | ○                            | ○                                           | ○        | ○        | ○                | ○        | ○                      | ○                       | ○                      |
| 膵機能検査      | アミラーゼ他              | ○                    | ○               |                   | ○         | ○                                         | ○               | ○                                  | ○AMY<br>のみ | ○            | ○                | ○          | ○                            | ○                                           | ○        | ○        | ○                | ○        | ○                      | ○                       |                        |

| 検査区分        | 検査項目             | 医師会<br>病院       | 宮崎<br>市<br>郡 | 宮崎<br>善仁会<br>病院 | 古賀<br>駅前クリ<br>ニック | 野崎<br>病院        | 付属予<br>防医療<br>院 | 藤元<br>総合病<br>院  | 健康<br>づくり<br>協会 | 健康<br>管理セ<br>ンター | 宮崎<br>江南病<br>院 | 鶴田<br>病院 | 川南<br>病院 | 日南市<br>立中部<br>病院 | 串間市<br>民病院 | サビ<br>スセン<br>ター | 都<br>城<br>健<br>康 | 付属予<br>防医療<br>院 | 藤元<br>総合病<br>院 | 園田<br>病院 | 和田<br>病院 | 延岡市<br>医師会<br>病院 | 黒木<br>病院 | 健診セ<br>ンター | 共立<br>病院 | 健診セ<br>ンター | 労衛研<br>延岡 | 保険<br>病院 | 五ヶ<br>瀬町<br>国民 |
|-------------|------------------|-----------------|--------------|-----------------|-------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|----------------|----------|----------|------------------|------------|-----------------|------------------|-----------------|----------------|----------|----------|------------------|----------|------------|----------|------------|-----------|----------|----------------|
| 尿検査         | 尿蛋白              | ○               | ○            | ○               | ○                 | ○               | ○               | ○               | ○               | ○                | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |
|             | 尿 糖              | ○               | ○            | ○               | ○                 | ○               | ○               | ○               | ○               | ○                | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |
|             | ウロビリノーゲン         | ○               | ○            | ○               | ○                 | ○               | ▲               | ○               | ○               | ○                | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |
|             | 尿潜血              | ○               | ○            | ○               | ○                 | ○               | ○               | ○               | ○               | ○                | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |
|             | 尿沈渣              | ○               | ○            | ○               | ○                 | ○               | 該当者             | ○               | ▲               | ○                | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |
|             | P H              | ○               | ○            | ○               | ○                 | ○               | ○               | ○               | ○               | ○                | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |
|             | 比 重              | ○               | ○            | ○               | ○                 | ○               | ○               | ○               | ○               | ○                | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |
|             | ケトン体             | ○               | ○            | ○               | ○                 | ○               | ○               | ○               | ○               | ○                | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |
|             | ヘリコバクター<br>ピロリ菌  | ○               | ○            | ○               | ○                 | ○               | ○               | ○               | ○               | ○                | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |
| 炎症反応        | CRP              | ○               | ○            | ○               | ○                 | ○               | ○               | ▲               | ○               | ○                | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |
|             | RAテスト<br>又はRF    | ○               | ○            | ○               | ○                 | ○               | ○               | ○               | ○               | ○                | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |
|             | 血 沈              | ○               | ○            | ○               | ○                 | ○               | ○               | ○               | ○               | ○                | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |
|             | ASO              | ○               | ○            | ○               | ○                 | ○               | ○               | ○               | ○               | ○                | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |
|             | CPK              | ○               | ○            | ○               | ○                 | ○               | ○               | ○               | ○               | ○                | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |
| 梅毒検査        | TPHA他            | ○               | ○            | ○               | ○                 | ○               | ○               | ○               | ○               | ○                | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |
|             | ガラス板法<br>又はRPR   | ○               | ○            | ○               | ○                 | ○               | ○               | ○               | ○               | ○                | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |
| 腫瘍<br>マーカー  | AFP              | ▲               | ○            | ○               | ○                 | ○               | ○               | ○               | ○               | ○                | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |
|             | CEA              | ▲               | ○            | ○               | ○                 | ○               | ○               | ○               | ○               | ○                | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |
|             | CA19-9           | ○               | ○            | ○               | ○                 | ○               | ○               | ○               | ○               | ○                | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |
|             | PSA<br>(男性)      | ○               | ○            | ○               | ○                 | ○               | ○               | ○               | ○               | ○                | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |
|             | CA125<br>(女性)    | ○               | ○            | ○               | ○                 | ○               | ○               | ○               | ○               | ○                | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |
| 甲状腺         | 血 液              | ▲               | ○            | ○               | ○                 | ○               | ○               | ○               | ○               | ○                | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |
|             | 超音波              | ▲               | ○            | ○               | ○                 | ○               | ○               | ○               | ○               | ○                | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |
| 腹部<br>(肝臓他) | 超音波              | ○               | ○            | ○               | ○                 | ○               | ○               | ○               | ○               | ○                | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |
|             | 腹部CT             | ○               | ○            | ○               | ○                 | ○               | ○               | ○               | ○               | ○                | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |
| 前立腺検査       | 超音波              | ○               | ○            | ○               | ○                 | ○               | ○               | ○               | ○               | ○                | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |
| 頸 部         | 超音波              | ○               | ○            | ○               | ○                 | ○               | ○               | ○               | ○               | ○                | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |
| 動脈硬化<br>測 定 | 動脈硬化指数           | ○               | ○            | ○               | ○                 | ○               | ○               | ○               | ○               | ○                | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |
|             | 血圧脈波検査           | ○               | ○            | ○               | ○                 | ○               | ○               | ○               | ○               | ○                | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |
| 骨密度検査       | 超音波              | ○               | ○            | ○               | ○                 | ○               | ○               | ○               | ○               | ○                | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |
| 胃がん検診       | 透視(X線)           | ○               | ○            | ○               | ○                 | ○               | ○               | ○               | ○               | ○                | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |
|             | カメラ(内視鏡)         | +4,400<br>(経鼻有) | +7,700       | +7,700<br>(経鼻有) | +4,400            | +3,520<br>(経鼻有) | ○               | +5,500<br>(経鼻有) | ○               | ○                | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |
|             | 胃がんリスク検査<br>(採血) | ○               | ○            | ○               | ○                 | ○               | ○               | ○               | ○               | ○                | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |
| 大腸がん<br>検診  | 便潜血反応検査          | ○               | ○            | ○               | ○                 | ○               | ○               | ○               | ○               | ○                | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |
|             | 内視鏡              | ○               | ○            | ○               | ○                 | ○               | ○               | ○               | ○               | ○                | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |
|             | 全大腸検査            | ○               | ○            | ○               | ○                 | ○               | ○               | ○               | ○               | ○                | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |
| 頭 部         | MRI/MRA          | 17,600          | 16,500       | 16,500          | 16,500            | 15,400          | ○               | 17,600          | 22,880          | 5,500            | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |
| 抗体検査        | 麻しん抗体検査          | ▲               | ○            | ○               | ○                 | ○               | ○               | ○               | ○               | ○                | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |
|             | 風しん抗体検査          | ▲               | ○            | ○               | ○                 | ○               | ○               | ○               | ○               | ○                | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |
| 問 診         | 内科診察             | ○               | ○            | ○               | ○                 | ○               | ○               | ○               | ○               | ○                | ○              | ○        | ○        | ○                | ○          | ○               | ○                | ○               | ○              | ○        | ○        | ○                | ○        | ○          | ○        | ○          | ○         | ○        | ○              |

○婦人がん検診（オプション料 1,000 円）

| 乳がん検診      | 超音波   | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
|------------|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| マンモグラフィー   | ○     | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 子宮がん<br>検診 | 子宮細胞診 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

（※1 同日に別医療機関で受診の場合もあります。 ※2 検査のみ。ポリープ切除は不可）

【表の見方】

- 印の付いているものが基本セット健診の検査項目となります。受診しなくても自己負担額は変わりません。
- 表中のオプション料金の価格は基本的に税込です。その他オプション検査として受診可能な項目は▲印で示してあります。金額は健診機関におたずねください。
- 胃検査は○印がついている方が標準検査ですが、+表示の金額を追加して胃カメラに変更できます。
- 助成対象オプション胸部CT、大腸がん検診の内視鏡及び頭部MRI/MRAについては、表示金額から4,000円を差し引いた額を健診機関へお支払いいただきます。
- ◎印が婦人がん検診の検査項目となり、自己負担額1,000円で受診できます。
- オプション検査を希望する場合は健診機関決定後すぐに健診機関に御連絡ください。健診機関によっては予約状況の関係等で受診できないことがあります。

### 3 ヘき地等ドック事業実施要項（1泊2日）

|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| ①目 的         | 指定年齢かつヘき地・特地・それに準ずる教育委員会に勤務し、居住地が宮崎市以外の組合員を対象に、生活習慣病予防及び疾病の早期発見のための精密検査を1泊2日で実施し、費用を助成する。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                          |
| ②対 象 者       | <p>①ヘき地・特地・それに準ずる教育委員会に勤務<br/>         ※ヘき地・特地に準ずる教育委員会…西米良村教育委員会、諸塚村教育委員会、椎葉村教育委員会、五ヶ瀬町教育委員会<br/>         ②居住地が宮崎市以外<br/>         ③令和8年4月1日現在、指定年齢（30・33・36・39・42・45・48・51・54・57・59・62・64歳）の組合員<br/>         ※資格喪失後の受診はできませんので、受診が決定した場合は任用期間中に受診できるよう日程調整を行ってください。（資格喪失後に受診した場合は受診料を返還していただくことになります。）<br/>         なお、短期組合員については、申込締切日である令和8年4月10日までに組合員資格を取得した方に限ります。<br/>         ※任意継続組合員は除きます。<br/>         ※ヘき地・特地・それに準ずる教育委員会に勤務し、居住地が宮崎市の指定年齢の方及び宿泊ができない方は1日ドックの申込を行ってください。</p> |                          |
| ③募 集 人 員     | 80名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |
| ④実 施 期 間     | 令和8年6月中旬～令和9年2月末日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |
| ⑤申 込 方 法     | <p>・申込書「様式1」（P17）により、各所属において受診希望者を取りまとめ、「宮崎県ファイル転送システム」を利用して、当支部へ報告してください。<br/>         ＊提出期限 4月10日（金）必着</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                          |
| ⑥受 診 決 定 方 法 | <p>・各健診機関の受診申込者が定員を超えた場合、過去の受診歴等を考慮の上システムにて抽選します。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |
| ⑦決 定 通 知     | <p>・決定者の受診日を指定し、5月中旬頃に各所属宛てに「当初決定者通知表（一覧）」を送付します。<br/>         ・受診予定月の前月に健診についての通知文を送付します。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |
| ⑧実 施 健 診 機 関 | 別表3（P10）のとおり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                          |
| ⑨検 査 項 目     | 別表4（P11）のとおり                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                          |
| ⑩自己負担額及び助成金額 | ●基本コース                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |
|              | 自己負担額                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 別表3（P10）のとおり             |
|              | <p>・婦人がん検診は基本コースのセット内容になっているため、<u>受診が必須</u>になります。やむを得ない事情でキャンセルする場合は、遅くとも1ヶ月前に必ず健診機関に連絡してください。<br/>         ・胃透視を胃カメラに変更する場合は事前予約が必要です。健診機関によっては、時期により予約できない場合もございます。御了承ください。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |
|              | ●共済助成対象オプション検査                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |
|              | 助成金額                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 4,000円                   |
|              | 対象検査                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 大腸内視鏡検査・頭部MRI/MRA・胸部CT検査 |
|              | <p>・受診希望者は、人間ドックの決定通知後、すぐに健診機関へ予約してください。健診機関によっては、すぐに予約が埋まり受診できないことがあります。<br/>         ・別表3（P10）のオプション検査料金から共済助成金を除く金額が自己負担額となります。<br/>         ・助成対象オプション検査を行っていない健診機関もありますので、必ず別表4（P11）の検査項目を確認してください。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                             |                          |

|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ⑪ 服 務 に つ い て                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 県教育委員会事務局等職員及び県立学校の教職員は人間ドック受診とその後の結果説明については、職務専念義務が免除されます。</li> <li>・ 市町村立学校の教職員等については市町村教育委員会等のサービスの取扱いを確認してください。</li> </ul>                                                                                                                                                                                  |
| ⑫ 決 定 後 の 変 更 及 び 取 消            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 取消、変更は原則として認めません。</li> <li>・ 公務等やむを得ない事情の場合は、<u>所属長の上で受診者と健診機関との間で日程調整を行いP21により必ず受診者本人が報告フォームから当支部に報告してください。</u></li> </ul>                                                                                                                                                                                     |
| ⑬ 特定健康診査への健診結果の利用及び特定保健指導の受診について | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 40歳以上の共済組合員の健診結果については、当支部が実施する特定健康診査の健診結果として使用しますので、使用に同意した上で申込を行ってください。</li> <li>・ 受診結果により、特定保健指導対象者と判定された方は、人間ドック期間中に、無料で特定保健指導を受けることができます。<br/>(※古賀駅前クリニック・野崎病院のみ)</li> </ul>                                                                                                                                |
| ⑭ 注 意 事 項                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>希望する健診機関が集中し、第2希望までの健診機関に全て外れた場合には、希望していない健診機関で決定する場合があります。御了承ください。</b><br/>受診が難しい場合は、健診機関に取消しの連絡を行った後、当支部にも報告フォームより報告してください。(P21)</li> <li>・ 受付時間が変更可能な場合がありますので、決定健診機関に御相談ください。</li> <li>・ 国が推奨する胃部エックス線検査の健診間隔は1年に1回です。したがって、定期健康診断などすでに検査を実施している場合は、身体の負担になるため人間ドックでは実施できなくなる場合があります。御了承ください。</li> </ul> |

### 別表3

#### へき地等ドック

| 健診機関コード | 健診機関名                            | 電話番号         |   | 自己負担額  |        | 胃バリウム検査を胃力メラ料金へ | 助成対象オプション検査料金 |           |        | 定員予定 |
|---------|----------------------------------|--------------|---|--------|--------|-----------------|---------------|-----------|--------|------|
|         |                                  |              |   | 基本     | 婦人がん検査 |                 | 大腸がん内視鏡       | 頭部MRI/MRA | 胸部CT   |      |
| 02      | 善仁会病院総合健診センター<br>宮崎市新別府町江口950-1  | 0985-64-8088 | 男 | 11,000 |        | +7,700          | 11,000        | 16,500    | 11,000 | 13   |
|         |                                  |              | 女 |        | +1,000 |                 | 全大腸16,500     |           |        | 13   |
| 03      | 古賀駅前クリニック健診センター<br>宮崎市高千穂通2-7-14 | 0985-22-2112 | 男 |        |        | +7,700<br>(経鼻有) | 便潜血のみ         | 16,500    | 8,250  | 12   |
|         |                                  |              | 女 |        | +1,000 |                 |               |           |        | 12   |
| 04      | 野崎病院画像健診センター<br>宮崎市大字恒久5567      | 0985-54-8053 | 男 |        |        | +0<br>(経鼻有)     | S字結腸5,500     | 16,500    | 7,700  | 15   |
|         |                                  |              | 女 |        | +1,000 |                 |               |           |        | 15   |

※会場案内図 P28

別表 4

## 令和8年度 ヘき地等ドック検査項目一覧表

| 検査区分    | 検査項目           | 善仁<br>会<br>病<br>院 | 古<br>賀<br>駅<br>前<br>ク<br>リ<br>ニ<br>ッ<br>ク | 野<br>崎<br>病<br>院<br>画<br>像<br>健<br>診<br>セ<br>ン<br>タ<br>ー |
|---------|----------------|-------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 身 体 計 測 | 身 長・体 重        | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
|         | B M I（肥満度）     | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
|         | 腹 囲            | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
|         | 体脂肪率           | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
| 眼 科 検 査 | 眼 底            | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
|         | 眼 圧            | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
| 視 力     |                | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
| 聴 力     |                | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
| 循環器検査   | 血 圧            | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
|         | 安静時心電図         | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
|         | 心拍数            | ○                 | ○(脈拍)                                     | ○                                                        |
| 呼吸器検査   | 肺機能検査          | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
|         | 喀痰検査           |                   | ▲                                         | ▲                                                        |
|         | 胸部X線           | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
|         | 胸部CT           | 11,000            | 8,250                                     | 7,700                                                    |
| 血 液 一 般 | 赤血球・白血球・ヘモグロビン | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
|         | ヘマトクリット・血小板    | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
|         | MCH・MCV・MCHC   | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
|         | 血清鉄            | ○                 |                                           | ○                                                        |
|         | 血液型            | ○                 |                                           | ▲                                                        |
|         | 血液像（白血球分類）     | ○                 | ○                                         | ▲                                                        |
|         | フェリチン          |                   | ○                                         |                                                          |
| 血 糖 検 査 | 空腹時血糖値         | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
|         | HbA1c          | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
|         | 糖負荷試験          |                   | ○                                         |                                                          |
| 血中脂質検査  | 総コレステロール       | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
|         | 中性脂肪           | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
|         | HDLコレステロール     | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
|         | Non-HDLコレステロール | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
|         | LDLコレステロール     | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
| 肝機能検査   | GOT・GPT・γ-GTP他 | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
|         | LDH            | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
|         | 総蛋白            | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
|         | アルブミン          | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
|         | 総ビリルビン         | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
|         | アルカリフォスファターゼ   | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
|         | 蛋白質分画・直接ビリルビン  | ○蛋白               |                                           |                                                          |
|         | LAP            | ○                 |                                           |                                                          |
|         | ZTT・TTT        |                   |                                           |                                                          |
|         | コリンエステラーゼ      | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
|         | B型肝炎抗原・抗体      | ○                 | ○抗原                                       | ○                                                        |
|         | C型肝炎抗体         | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
|         | A/G比           | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
| 腎機能検査   | 尿素窒素           | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
|         | クレアチニン         | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
|         | 尿 酸            | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
|         | Cl・Na・K        | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
|         | Ca・p           | ○                 | ○                                         | ○Caのみ                                                    |
|         | eGFR           | ○                 | ○                                         | ○                                                        |

| 検査区分                 | 検査項目          | 善仁<br>会<br>病<br>院 | 古<br>賀<br>駅<br>前<br>ク<br>リ<br>ニ<br>ッ<br>ク | 野<br>崎<br>病<br>院<br>画<br>像<br>健<br>診<br>セ<br>ン<br>タ<br>ー |
|----------------------|---------------|-------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 膵機能検査                | アミラーゼ他        | ○                 |                                           | ○                                                        |
| 尿 検 査                | 尿蛋白           | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
|                      | 尿 糖           | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
|                      | ウロビリノーゲン      | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
|                      | 尿潜血           | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
|                      | 尿沈渣           | ○                 | ○                                         |                                                          |
|                      | PH            | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
|                      | 比 重           | ○                 | ○                                         |                                                          |
|                      | ケトン体          | ○                 |                                           |                                                          |
| 炎 症 反 応              | CRP           | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
|                      | RAテスト又はRF     | ○                 |                                           | ○                                                        |
|                      | 血 沈           | ○                 |                                           | ○                                                        |
|                      | ASO           | ○                 |                                           |                                                          |
|                      | CPK           | ○                 |                                           | ○                                                        |
| 梅毒検査                 | TPHA他         |                   |                                           | ○                                                        |
| 腫瘍マーカー               | AFP           | ○                 |                                           | ○                                                        |
|                      | CEA           | ○                 | ▲                                         | ○                                                        |
|                      | CA19-9        | ○                 |                                           | ○                                                        |
|                      | PSA           | ○                 | ▲                                         | ○                                                        |
|                      | CA125         | ○                 | ▲                                         | ○                                                        |
| 甲 状 腺                | 血 液           |                   |                                           | ▲                                                        |
|                      | 超音波           |                   | ○頸部                                       | ○                                                        |
| 腹部（肝臓他）              | 超音波           | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
|                      | 腹部CT          |                   | ▲                                         |                                                          |
| 前立腺検査                | 超音波           | ○                 |                                           |                                                          |
| 頸 部                  | 超音波           | ▲                 | ○                                         | ▲                                                        |
| 動脈硬化測定               | 動脈硬化指数        | ○                 |                                           | ▲                                                        |
|                      | 血圧脈波検査        | ○                 | ▲                                         |                                                          |
| 骨密度検査                |               | ▲                 | ○                                         | ▲                                                        |
| 胃 検 査                | 透視（X線）        | ○                 | ○                                         | ○いずれかを選択                                                 |
|                      | カメラ（内視鏡）      | +7,700            | +7,700                                    |                                                          |
|                      | 胃がんリスク検査      | ▲                 | ▲                                         | ▲                                                        |
| 大腸がん検査               | 便潜血反応検査       | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
|                      | 内視鏡           | 11,000            |                                           | 5,500<br>(S状検査)                                          |
|                      | 全大腸検査         | 16,500            |                                           |                                                          |
| 頭 部                  | MRI           | 16,500            | 16,500                                    | 16,500                                                   |
|                      | MRA           |                   |                                           |                                                          |
| 心不全バイオマーカー           | BNP/NT-proBNP |                   |                                           |                                                          |
| 問 診                  | 内科診察          | ○                 | ○                                         | ○                                                        |
| ○婦人がん健診（自己負担額1,000円） |               |                   |                                           |                                                          |
| 乳がん検査                | 超音波           | ○いずれかを選択          | ◎                                         | ○いずれかを選択                                                 |
|                      | マンモグラフィー      |                   | ◎                                         |                                                          |
| 子宮がん検査               | 子宮細胞診         | ◎                 | ◎                                         | ◎                                                        |

## 【表の見方】

- 印の付いているものが基本セット健診の検査項目となります。受診しなくても自己負担額は変わりません。
- 表中のオプション検査の価格は税込です。その他オプションとして受診可能な項目は▲印で示してあります。金額は健診機関におたずねください。
- 胃検査は○印がついている方が標準検査ですが、+表示の金額を追加して胃カメラに変更できます。
- 助成対象オプション胸部CT、大腸がん検査の内視鏡・全大腸及び頭部MRI・MRAについては、表示金額から4,000円を差し引いた額を健診機関へお支払いいただきます。
- ◎印が婦人がん健診の検査項目となり、自己負担額1,000円で受診できます。
- オプション検査を希望する場合は必ず早めに健診機関に御連絡ください。健診機関によっては受診できないことがあります。

## 4 PET／CTドック実施要項

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①目 的                 | 組合員を対象に、がんの早期発見のためのPET/CT検査を実施し、費用を助成します。                                                                                                                                                                                                                 |
| ②対 象 者               | <p>令和8年4月1日現在で<u>指定年齢の39歳以上の組合員</u><br/> (39・42・45・48・51・54・57・59・62・64歳)<br/> ※資格喪失後の受診はできませんので、受診が決定した場合は任用期間中に受診できるよう日程調整を行ってください。(資格喪失後に受診した場合は受診料を返還していただくことになります。)<br/> なお、短期組合員については、申込締切日である令和8年4月10日までに組合員資格を取得した方に限ります。<br/> ※任意継続組合員は除きます。</p> |
| ③実 施 期 間             | 令和8年6月～令和9年2月末日                                                                                                                                                                                                                                           |
| ④申 込 方 法             | <p>・申込書「様式1」(P17)により、各所属において受診希望者を取りまとめ、「宮崎県ファイル転送システム」を利用して、当支部へ報告してください。<br/> <b>*提出期限 4月10日(金) 必着</b></p>                                                                                                                                              |
| ⑤受 診 決 定 方 法         | <p>・各健診機関の<u>受診申込者が定員を超えた場合</u>、過去の受診歴等を考慮の上システムにて抽選します。抽選に漏れた場合、第2希望を記入した組合員は第2希望の医療機関について抽選を行い、第2希望の抽選にも漏れた組合員及び第2希望未記入の組合員は1日ドックまたはへき地等ドックについて再度抽選を行います。</p>                                                                                           |
| ⑥決 定 通 知             | <p>・決定者の受診日を指定し、5月中旬頃に各所属宛てに「当初決定者通知表(一覧)」を送付します。<br/> ・受診予定月の前月に健診についての通知文を支部より送付します。</p>                                                                                                                                                                |
| ⑦募 集 人 員             | 250名(男女不問)                                                                                                                                                                                                                                                |
| ⑧実施健診機関              | 別表5 (P13) のとおり                                                                                                                                                                                                                                            |
| ⑨検 査 項 目             | 別表6 (P13) のとおり                                                                                                                                                                                                                                            |
| ⑩健診料金及び自己負担額         | 別表5 (P13) のとおり                                                                                                                                                                                                                                            |
| ⑪服 務 に つ い て         | <p>・県教育委員会事務局等職員及び県立学校の教職員は人間ドック受診とその後の結果説明については、職務専念義務が免除されます。<br/> ・市町村立学校の教職員等については市町村教育委員会等のサービスの取扱いを確認してください。</p>                                                                                                                                    |
| ⑫決定後の変更及び取消          | <p>・取消、変更は原則として認めません。<br/> ・公務等やむを得ない事情の場合は、<u>所属長の上で受診者と健診機関との間で日程調整を行いP21により必ず受診者本人が報告フォームから当支部に報告してください。</u></p>                                                                                                                                       |
| ⑬特定健康診査への健診結果の利用について | <p>・PET/CTドックを行った組合員の健診結果については、当支部が実施する特定健康診査の健診結果として使用します。使用に同意した上で申し込みを行ってください。(藤元総合病院付属予防医療プラザのみ)</p>                                                                                                                                                  |
| ⑭注 意 事 項             | <p>・PET/CTドックが外れた場合は、「1日ドック」又は「へき地等ドック」を受診することになりますので、必ず希望健診機関を記入してください。記入がない場合は、希望していない健診機関で決定する場合があります。受診が難しい場合は、健診機関に取消しの連絡を行った後、当支部にも報告フォームより報告してください。(P21)<br/> ・<u>PET／CTドックは定期健康診断の代替とならない可能性があります。事業主の実施する定期健康診断の受診も御検討ください。</u></p>              |

# 別表5

## PET/CTドック

| 健診機関コード | 健診機関名                                   | 電話番号         | 検診料金(税込) | 自己負担額         | 定員  |
|---------|-----------------------------------------|--------------|----------|---------------|-----|
| 20      | 宮崎鶴田記念クリニックがん診断センター<br>宮崎市阿波岐原長宝財2281-1 | 0985-31-3719 | 99,000   | <b>69,000</b> | 200 |
| 12      | 藤元総合病院附属予防医療プラザ<br>都城市早鈴町17-1           | 0986-22-7017 | 115,000  | <b>85,000</b> | 50  |

※会場案内図 P28、P30

# 別表6

## PET/CT検査項目一覧票

| 検査項目       |                                          | 藤元総合病院<br>附属予防プラザ | 宮崎鶴田記念<br>クリニックがん<br>診断センター |
|------------|------------------------------------------|-------------------|-----------------------------|
| 問診・診察      |                                          | ○                 | ○                           |
| 全身PET/CT検査 |                                          | ○                 | ○                           |
| CT検査       | 胸部～腹部CT                                  | ○                 | ○                           |
| 結果説明       |                                          | ○                 | ○                           |
| 腹部超音波検査    | 上腹部（肝臓、膵臓、胆嚢、腎臓、脾臓等）                     |                   | ○                           |
| 理学的計測      | 身長・体重・BMI・腹囲                             | ○                 | ○                           |
| 血圧         | 血圧測定                                     | ○                 | ○                           |
| 尿検査        | 尿一般（尿糖・尿蛋白含）                             | ○                 | ○                           |
|            | 潜血                                       | ○                 | ○                           |
| 採血検査       | 白血球数・赤血球数・血色素量・ヘマトクリット・MCV・MCH・MCHC・血小板数 | ○                 | ○                           |
|            | 血液像（好中球・リンパ球・単球・好酸球・好塩基球）                | ○                 | ○                           |
|            | 総蛋白・総ビリルビン・LDH・GOT・GPT・γ-GTP             | ○                 | ○                           |
|            | 総コレステロール（LDL・HDL含）・中性脂肪・尿酸・尿素窒素・クレアチニン   | ○                 | ○                           |
|            | 空腹時血糖                                    | ○                 | ○                           |
| 腫瘍マーカー     | CEA（肺・胃・大腸）                              | ○                 | ○                           |
|            | AFP（肝臓）                                  | ○                 | ○                           |
|            | CA19-9（肝臓・膵臓）                            | ○                 | ○                           |
|            | PSA（前立線 男性のみ）                            | ○                 | ○                           |
|            | CA125（卵巣女性のみ）                            | ○                 | ○                           |

### 【表の見方】

○印のついているものが基本セットの検査項目となります。受診しなくても自己負担額は変わりません。

### ～PET/CT検査とは～

がん細胞の活動をみるPET検査と、臓器の形状の異常をみるCT検査を同時に行い、一度に全身のがんを調べる検査です。胃がん検診や婦人がん検診等オプションはつけられませんので御注意ください。

## 5 女性ドック実施要項

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① 目 的                 | 指定年齢以外の女性組合員を対象に、がんの早期発見のための乳がん・子宮がん検査を実施し、費用を助成します。                                                                                                                                                                                                                                |
| ② 対 象 者               | 令和8年4月1日現在で指定年齢以外の女性組合員<br>※指定年齢外（～29・31・32・34・35・37・38・40・41・43・44・46・47・49・50・52・53・55・56・58・60・61・63・65～歳）<br>※資格喪失後の受診はできませんので、受診が決定した場合は任用期間中に受診できるよう日程調整を行ってください。（資格喪失後に受診した場合は受診料を返還していただくことになります。）<br>なお、短期組合員については、申込締切日である令和8年4月10日までに組合員資格を取得した方に限ります。<br>※任意継続組合員は除きます。 |
| ③ 募 集 人 員             | 1, 350名                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ④ 実 施 期 間             | 令和8年6月中旬～令和9年2月末日                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| ⑤ 申 込 方 法             | ・ 申込書「様式1」(P17)により、各所属において受診希望者を取りまとめ、「宮崎県ファイル転送システム」を利用して、当支部へ報告してください。<br>*提出期限 4月10日（金）必着                                                                                                                                                                                        |
| ⑥ 受 診 決 定 方 法         | ・ 各健診機関の受診申込者が定員を超えた場合、過去の受診歴等を考慮の上システムにて抽選します。                                                                                                                                                                                                                                     |
| ⑦ 決 定 通 知             | ・ 決定者の受診日を指定し、5月中旬頃に各所属宛てに「当初決定者通知表（一覧）」を送付します。<br>・ 受診予定月の前月に健診についての通知文を送付します。                                                                                                                                                                                                     |
| ⑧ 実 施 健 診 機 関         | 別表7（P14）のとおり                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| ⑨ 検 査 内 容             | 子宮がん検査と乳がん検査（マンモグラフィ2方向＋エコー）<br>・ 原則、セット受診になります。片方のみ受診希望の方は市町村が実施するがん検診を御利用ください。<br>・ 身体計測や血液検査等は含まれませんので御注意ください。<br>・ やむを得ない事情でキャンセルする場合は、遅くとも1か月前までに必ず健診機関に連絡してください。                                                                                                              |
| ⑩ 自 己 負 担 額           | 別表7（P14）のとおり                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| ⑪ 服 務 に つ い て         | ・ 県教育委員会事務局等職員及び県立学校の教職員は人間ドック受診とその後の結果説明については、職務専念義務が免除されます。<br>・ 市町村立学校の教職員等については市町村教育委員会等のサービスの取扱いを確認してください。                                                                                                                                                                     |
| ⑫ 決 定 後 の 変 更 及 び 取 消 | ・ 取消、変更は原則として認めません。<br>・ 公務等やむを得ない事情の場合は、所属長の上で受診者と健診機関との間で日程調整を行いP21により必ず受診者本人が報告フォームから当支部に報告してください。                                                                                                                                                                               |
| ⑬ 注 意 事 項             | ・ 希望者が多数となった場合には、希望していない健診機関で決定する場合があります。受診が難しい場合は、健診機関に取消しの連絡を行った後、当支部にも報告フォームより報告してください。（P21）<br>・ 要精密判定者への受診勧奨のため、検診結果を当支部で確認いたします。同意の上で申込みを行ってください。                                                                                                                             |

別表7

### 女性ドック

| 健診コード | 健診機関名                                  | 電話番号         | 自己負担額 | 定員  | 健診コード | 健診機関名                                  | 電話番号         | 自己負担額 | 定員  |
|-------|----------------------------------------|--------------|-------|-----|-------|----------------------------------------|--------------|-------|-----|
| 01    | 宮崎市医師会病院健診センター<br>宮崎市大字有田1173          | 0985-77-9108 | 3,000 | 310 | 29    | 宮崎県健康づくり協会(延岡(アスリートタウン延岡)延岡市大貫町1丁目2894 | 0985-38-5512 | 3,000 | 40  |
| 02    | 宮崎善仁会病院総合健診センター<br>宮崎市新別府町江口950-1      | 0985-37-1111 |       | 450 | 30    | 宮崎県健康づくり協会(日南(日南保健所)日南市吾田西1丁目5-10      | 0985-38-5512 |       | 40  |
| 06    | 宮崎県健康づくり協会(宮崎)<br>宮崎市霧島1-1-2           | 0985-38-5512 |       | 370 | 12    | 藤元総合病院付属予防医療プラザ<br>都城市早鈴町17-1          | 0986-22-7017 |       | 100 |
| 28    | 宮崎県健康づくり協会(都城(都城保健所))<br>都城市上川東3丁目14-3 | 0985-38-5512 |       | 40  |       |                                        |              |       |     |

※会場案内図 P28～P30

## 6 被扶養配偶者ドック実施要項

|                          |                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① 目 的                    | 被扶養配偶者を対象に、生活習慣病予防及び疾病の早期発見のための特定健康診査と精密検査を併せて実施し、費用を助成する。                                                                                                                      |
| ② 対 象 者                  | 令和8年度内に、40歳～74歳に到達する被扶養配偶者<br>※短期組合員の被扶養配偶者は、申込締切日である令和8年4月10日までに組合員資格を取得した方に限ります。また、資格喪失後の受診はできませんので、受診が決定した場合は配偶者の任用期間中に受診できるよう日程調整を行ってください。                                  |
| ③ 募 集 人 員                | 400名                                                                                                                                                                            |
| ④ 実 施 期 間                | 令和8年6月中旬～令和9年2月末日                                                                                                                                                               |
| ⑤ 申 込 方 法                | ・組合員を通じて、各所属所長に申し出てください。<br>・申込書「様式2」(P19)により、各所属において受診希望者を取りまとめ、「宮崎県ファイル転送システム」を利用して、当支部へ報告してください。<br>*提出期限 4月10日(金) 必着                                                        |
| ⑥ 受 診 決 定 方 法            | ・各健診機関の受診申込者が定員を超えた場合、過去の受診歴等を考慮の上システムにて抽選します。                                                                                                                                  |
| ⑦ 決 定 通 知                | ・決定者の受診日を指定し、5月中旬頃に各所属宛てに「当初決定者通知表(一覧)」を送付します。<br>・受診予定月の前月に健診についての通知文を送付します。                                                                                                   |
| ⑧ 検 査 内 容                | 1日ドック検査項目 別表2(P7～8)に同じです。<br>・婦人がん検診はオプション検査のため、受診決定後に受診者が健診機関へ申し込んでください。<br>・胃透視を胃カメラに変更する場合は事前予約が必要です。健診機関によっては、すぐに予約が埋まりますので受診医療機関決定後早急に連絡してください。                            |
| ⑨ 実 施 健 診 機 関<br>及び自己負担額 | 別表8(P15)のとおり<br>※婦人がん検診は、+1,000円です。婦人がん検診以外のオプション検査については、助成金はありません。                                                                                                             |
| ⑩ 決 定 後 の 変 更            | ・取消、変更は原則として認めません。<br>・やむを得ない事情の場合は、必ず健診機関に連絡をし、日程調整を行ってください。また、P21により必ず受診者本人及び組合員が報告フォームから当支部に報告してください。                                                                        |
| ⑪ 特定健康診査への検査結果の利用について    | ・被扶養配偶者ドックについては特定健康診査の一環として実施しています。そのため健診結果については、当支部が実施する特定健康診査の健診結果として使用します。<br>・受診結果により、特定保健指導対象者と判定された方は、人間ドック期間中に、無料で特定保健指導を受けることができます。<br>(藤元総合病院付属予防医療クリニック・プラザ(宮崎・都城)のみ) |
| ⑫ 注 意 事 項                | ・人間ドック受診時にはマイナ保険証等(組合員証や資格確認書等の資格確認が可能なものを含む)を持参してください。<br>・年度途中に被扶養者の資格を喪失した場合、資格喪失日以後の受診はできません。受診した場合は受診料を返還していただくことになります。                                                    |

別表8

被扶養配偶者ドック

| 健診機関コード | 健診機関名                              | 電話番号         | 自己負担額 |       |        | 定員  |
|---------|------------------------------------|--------------|-------|-------|--------|-----|
| 05      | 藤元病院付属予防医療クリニック<br>宮崎市北川内町乱橋3584-1 | 0985-53-1101 | 男     | 6,000 |        | 270 |
|         |                                    |              | 女     | 6,000 | +1,000 |     |
| 12      | 藤元総合病院付属予防医療プラザ<br>都城市早鈴町17-1      | 0986-22-7017 | 男     | 6,000 |        | 100 |
|         |                                    |              | 女     | 6,000 | +1,000 |     |
| 15      | 黒木病院<br>延岡市北小路14-1                 | 0982-21-6381 | 男     | 6,000 |        | 30  |
|         |                                    |              | 女     | 6,000 | +1,000 |     |

※会場案内図 P28、P30

# 申 込 書 等

- 申込み方法については、別に通知する「令和８年度人間ドック事業の募集について（通知）」に記載していますので、必ず御確認ください。

令和8年度人間ドック申込書 (該当者無の場合でも必ず様式をそのまま(ほかのシートを削除しない)で提出してください。)

注 意!! 申込締切日  
令和8年4月10日(金)

入力行を追加します

|        |        |
|--------|--------|
| 所属所名   | 担当者名   |
| 所属コード  | 所属所TEL |
| 該当者の有無 | 合計     |
|        | 件      |

※希望する人間ドックの欄をダブルクリックして、健診機関コードを選択してください。  
※下段に自動で健診機関名が表示されます。

↑ダブルクリックして該当者の有無を入力してください。

| NO | フリガナ<br>年齢<br>(令和<br>8年4月<br>1日現在<br>の年齢を<br>記入) | ◆PET・CT | ♥1日<br>(指定年齢) |      |      | ♠へき地等<br>(指定年齢) | 居住地確認                            |               | ♣女性<br>指定年齢<br>外女性 | ♥1日<br>(特別枠) |      |      | 1日 (特別枠) 理由確認欄                               |                                                            | (特別枠)                                                         |  |
|----|--------------------------------------------------|---------|---------------|------|------|-----------------|----------------------------------|---------------|--------------------|--------------|------|------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--|
|    |                                                  |         | 第1希望          | 第2希望 | 第3希望 |                 | ①宮崎市外<br>②宮崎市<br>※必ず記入<br>してください | 市町村名を<br>必ず記入 |                    | 第1希望         | 第2希望 | 第3希望 | 理由をコード入力してください<br>その他を選択した方は理由欄<br>に記入してください | 人間ドック<br>(女性ドック<br>以外)を最<br>後に受診し<br>た年度を記<br>入してくだ<br>さい。 | 希望健診機<br>関以外での<br>受診につい<br>て、1(可)<br>又は2(不<br>可)をご記<br>入ください。 |  |
| 1  |                                                  |         |               |      |      |                 |                                  |               |                    |              |      |      |                                              |                                                            |                                                               |  |
| 2  |                                                  |         |               |      |      |                 |                                  |               |                    |              |      |      |                                              |                                                            |                                                               |  |
| 3  |                                                  |         |               |      |      |                 |                                  |               |                    |              |      |      |                                              |                                                            |                                                               |  |
| 4  |                                                  |         |               |      |      |                 |                                  |               |                    |              |      |      |                                              |                                                            |                                                               |  |
| 5  |                                                  |         |               |      |      |                 |                                  |               |                    |              |      |      |                                              |                                                            |                                                               |  |
| 6  |                                                  |         |               |      |      |                 |                                  |               |                    |              |      |      |                                              |                                                            |                                                               |  |
| 7  |                                                  |         |               |      |      |                 |                                  |               |                    |              |      |      |                                              |                                                            |                                                               |  |
| 8  |                                                  |         |               |      |      |                 |                                  |               |                    |              |      |      |                                              |                                                            |                                                               |  |
| 9  |                                                  |         |               |      |      |                 |                                  |               |                    |              |      |      |                                              |                                                            |                                                               |  |
| 10 |                                                  |         |               |      |      |                 |                                  |               |                    |              |      |      |                                              |                                                            |                                                               |  |

令和8年度人間ドック申込書 (該当者無の場合でも必ず様式をそのまま(ほかのシートを削除しない)で提出してください。)

注 意!! 申込締切日  
令和8年4月10日(金)

記 入 例

入力行を追加します

|        |           |        |              |
|--------|-----------|--------|--------------|
| 所属所名   | 宮崎市立〇〇中学校 | 担当者名   | 共済 花子        |
| 所属コード  | 12345     | 所属所TEL | 0985-12-3456 |
| 該当者の有無 | ○         | 該当あり   | 合計           |
|        |           |        | 7            |
|        |           |        | 件            |

↑ダブルクリックして該当者の有無を入力してください。

※希望する人間ドックの欄の白色セルをダブルクリックして、健診機関コード等を選択してください。

※下段に自動で健診機関名が表示されます。

| NO | フリガナ<br>年齢<br>(令和<br>8年4月<br>1日現在<br>の年齢を<br>記入) | ◆ PET・CT |      |      | ♥ 1日<br>(指定年齢) |        |       | ♠へき地等<br>(指定年齢) |      | 居住地確認                            |               | ♣女性         | ♥ 1日<br>(特別枠) |      |      | 1日 (特別枠) 理由確認欄                               | (特別枠)                                                      |                                                               |
|----|--------------------------------------------------|----------|------|------|----------------|--------|-------|-----------------|------|----------------------------------|---------------|-------------|---------------|------|------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
|    |                                                  | 第1希望     | 第2希望 | 第3希望 | 第1希望           | 第2希望   | 第3希望  | 第1希望            | 第2希望 | ①宮崎市外<br>②宮崎市<br>※必ず記入<br>してください | 市町村名を<br>必ず記入 | 指定年齢<br>外女性 | 第1希望          | 第2希望 | 第3希望 | 理由をコード入力してください<br>その他を選択した方は理由欄<br>に記入してください | 人間ドック<br>(女性ドック<br>以外)を最<br>後に受診し<br>た年度を記<br>入してくだ<br>さい。 | 希望健診機<br>関以外での<br>受診につい<br>て、1(可)<br>又は2(不<br>可)をご記<br>入ください。 |
| 1  | コウリツ スズ<br>123456                                |          |      | 03   | 01             | 02     | 03    | 02              | 05   | ①                                | 五ヶ瀬町          |             |               |      |      |                                              |                                                            |                                                               |
| 2  | キョウサイ コウヘイ<br>123457                             |          |      |      | 宮崎医師           | 善仁会    | 古賀健診  | 善仁会             | 古賀健診 | 宮崎市外                             |               |             |               |      |      |                                              |                                                            |                                                               |
| 3  | ザイム ハナコ<br>123458                                | 20       | 12   | 06   | 野崎病院           | 藤元(宮崎) | 健康づくり |                 |      |                                  |               |             |               |      |      |                                              |                                                            |                                                               |
| 4  | フクリ イチロウ<br>123459                               | 12       |      |      |                |        |       | 04              | 03   | 宮崎市外                             | 都城市           |             |               |      |      |                                              |                                                            |                                                               |
| 5  | ミヤザキ タケシ<br>123450                               |          |      |      |                |        |       |                 |      |                                  |               |             |               |      |      |                                              |                                                            |                                                               |
| 6  | コウセイ カズコ<br>123452                               |          |      |      |                |        |       |                 |      |                                  |               | 12          |               |      |      |                                              |                                                            |                                                               |
| 7  |                                                  |          |      |      |                |        |       |                 |      |                                  |               |             |               |      |      |                                              |                                                            |                                                               |
| 8  |                                                  |          |      |      |                |        |       |                 |      |                                  |               |             |               |      |      |                                              |                                                            |                                                               |
| 9  |                                                  |          |      |      |                |        |       |                 |      |                                  |               |             |               |      |      |                                              |                                                            |                                                               |
| 10 |                                                  |          |      |      |                |        |       |                 |      |                                  |               |             |               |      |      |                                              |                                                            |                                                               |

# 令和8年度被扶養配偶者ドック申込書

様式2

(該当者無の場合でも必ずそのまま(ほかのシートを削除しない)で様式を提出してください。)

**注意！！ 申込締切日  
令和8年4月10日(金)**

入力行を追加します

|        |  |        |   |
|--------|--|--------|---|
| 所属所名   |  | 所属所TEL |   |
| 所属コード  |  | 担当者名   |   |
| 該当者の有無 |  | 合計     | 件 |

↑該当者が無い場合もダブルクリックして必ず×を表示させてください。

| NO | 組合員番号   |            | 被扶養配偶者 |               | ◆被扶養配偶者<br>ドック医療機関<br>健診コード | ◎婦人がん希望 |
|----|---------|------------|--------|---------------|-----------------------------|---------|
|    | 組合員フリガナ | 被扶養配偶者フリガナ | 性別     | 令和8年度末の<br>年齢 |                             |         |
| 1  |         |            |        |               |                             |         |
|    |         |            |        |               |                             |         |
| 2  |         |            |        |               |                             |         |
|    |         |            |        |               |                             |         |
| 3  |         |            |        |               |                             |         |
|    |         |            |        |               |                             |         |
| 4  |         |            |        |               |                             |         |
|    |         |            |        |               |                             |         |
| 5  |         |            |        |               |                             |         |
|    |         |            |        |               |                             |         |
| 6  |         |            |        |               |                             |         |
|    |         |            |        |               |                             |         |
| 7  |         |            |        |               |                             |         |
|    |         |            |        |               |                             |         |
| 8  |         |            |        |               |                             |         |
|    |         |            |        |               |                             |         |
| 9  |         |            |        |               |                             |         |
|    |         |            |        |               |                             |         |
| 10 |         |            |        |               |                             |         |
|    |         |            |        |               |                             |         |

# 令和8年度被扶養配偶者ドック申込書

様式2

(該当者無の場合でも必ずそのまま(ほかのシートを削除しない)で様式を提出してください。)

**注意！！ 申込締切日  
令和8年4月10日(金)**

|        |           |       |      |              |
|--------|-----------|-------|------|--------------|
| 所属所名   | 宮崎市立〇〇中学校 |       | 所属電話 | 0985-12-3456 |
| 所属コード  | 12345     |       | 担当者名 | 共済 花子        |
| 該当者の有無 | ○         | 該当者あり | 合計   | 2 件          |

↑ 該当者が無い場合もダブルクリックして必ず×を表示させてください。

入力行を追加します

記入例

| NO | 組合員番号      |            | 被扶養配偶者 |               | ◆被扶養ドック<br>医療機関<br>健診コード | ◎婦人がん希望 |
|----|------------|------------|--------|---------------|--------------------------|---------|
|    | 組合員フリガナ    | 被扶養配偶者フリガナ | 性別     | 令和8年度末の<br>年齢 |                          |         |
| 1  | 123456     |            | 02     | 40            | 05                       | ○       |
|    | キョウサイ コウヘイ | キョウサイ アイコ  | 女性     |               | 藤元(宮崎)                   | 希望する    |
| 2  | 123458     |            | 01     | 72            | 12                       | ×       |
|    | ザイム ハナコ    | ザイム イチロウ   | 男性     |               | 藤元(都城)                   | 希望しない   |
| 3  | 該当者ありの場合   |            |        |               |                          |         |
|    |            |            |        |               |                          |         |

# 令和8年度被扶養配偶者ドック申込書

様式2

(該当者無の場合でも必ず様式を提出してください。)

**注意！！ 申込締切日  
令和8年4月10日(金)**

|        |           |       |      |              |
|--------|-----------|-------|------|--------------|
| 所属所名   | 宮崎市立〇〇中学校 |       | 所属電話 | 0985-12-3456 |
| 所属コード  | 12345     |       | 担当者名 | 共済 花子        |
| 該当者の有無 | ×         | 該当者なし | 合計   | 0 件          |

↑ 該当者が無い場合もダブルクリックして必ず×を表示させてください。

入力行を追加します

記入例

| NO | 組合員番号    |            | 被扶養配偶者 |               | ◆被扶養ドック<br>医療機関<br>健診コード | ◎婦人がん希望 |
|----|----------|------------|--------|---------------|--------------------------|---------|
|    | 組合員フリガナ  | 被扶養配偶者フリガナ | 性別     | 令和8年度末の<br>年齢 |                          |         |
| 1  | 該当者なしの場合 |            |        |               |                          |         |
|    |          |            |        |               |                          |         |

# 人間ドック日程変更・取消報告について

ドック等の取消、ドックの種類・医療機関の変更は原則として認めませんが、「日程」については公務等のやむを得ない事情の場合は変更できます。

日程変更（またはやむを得ない取消）がある時は、以下の手順で手続きを行ってください。

## 1 日程変更・取消手続きの手順

①所属長了承の上、**受診者本人が健診機関と日程調整、または取消を行ってください。**

※変更される場合、受診が可能な日程は、令和9年2月末日（短期組合員は令和9年2月末日または任用期間のうち早い方）までとなりますので御注意ください。

※資格喪失後の受診はできません。

②所属長と事務担当者に変更した日程を報告してください。

③受診者本人が報告フォームより必要事項を入力し、日程変更または取消について共済まで報告してください。

## 2 電子申請システム報告フォーム

「日程変更」を行った場合と「取消」を行った場合の報告フォームは異なりますので御注意ください。

### 「日程変更」申請用

URL :  
<https://ttzk.graffer.jp/pref-miyazaki/smart-apply/apply-procedure-alias/R8nitteihenkou>



### 「取消」申請用

URL :  
<https://ttzk.graffer.jp/pref-miyazaki/smart-apply/apply-procedure-alias/R8torikesi>



※必ず病院と日程調整の上、電子申請システムから御報告ください。

※日程変更・取消し後の通知文は送付しません。日程変更及び取消の申請が受理された場合、電子申請システムに登録されたメールアドレス宛に完了報告通知が届きます。

※電子申請システムが利用できない場合は、P22の様式3「人間ドック取消・変更報告書（FAX用）」にて共済に御報告ください。

# 人間ドック取消・変更報告書（FAX用）

様式3

※注意※

原則として、手続きは報告フォームから行ってください。

申請フォームが使用できない場合のみ、こちらの様式を御使用ください。

受診日に変更が生じたので、下記のとおり報告します。

記

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 所 属 名                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 所 属 コ ー ド 番 号                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 受 診 者 氏 名                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 職 員 番 号                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| ド ッ ク 種 別                    | <input type="checkbox"/> 1日 <input type="checkbox"/> へき地等 <input type="checkbox"/> PET/CT <input type="checkbox"/> 女性<br><input type="checkbox"/> 被扶養配偶者（組合員氏名：      ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 健 診 機 関 名                    | <input type="checkbox"/> 宮崎医師 <input type="checkbox"/> 善仁会 <input type="checkbox"/> 古賀駅前 <input type="checkbox"/> 野崎病院<br><input type="checkbox"/> 藤元・宮崎 <input type="checkbox"/> 健康づくり（宮崎） <input type="checkbox"/> 宮崎江南 <input type="checkbox"/> 日南中部<br><input type="checkbox"/> 串間市民 <input type="checkbox"/> 鶴田病院 <input type="checkbox"/> 川南病院 <input type="checkbox"/> 都城健康<br><input type="checkbox"/> 藤元・都城 <input type="checkbox"/> 園田病院 <input type="checkbox"/> 和田病院 <input type="checkbox"/> 延岡医師<br><input type="checkbox"/> 黒木病院 <input type="checkbox"/> 共立病院 <input type="checkbox"/> 労衛研延岡 <input type="checkbox"/> 五ヶ瀬町<br><input type="checkbox"/> 宮崎鶴田記念（PET／CT）<br><input type="checkbox"/> 健康づくり（都城） <input type="checkbox"/> 健康づくり（延岡） <input type="checkbox"/> 健康づくり（日南） |
| 取消・日程変更の別                    | <input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 変更                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 現在の受診予定日                     | 令和      年      月      日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 変更後の受診予定日                    | 令和      年      月      日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 取 消 ・ 変 更 の 理 由              | <input type="checkbox"/> 公 務 <input type="checkbox"/> 学校行事 <input type="checkbox"/> 出 張 <input type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> 病院の都合<br><input type="checkbox"/> オプションの都合 <input type="checkbox"/> その他（理由：      ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 日 程 変 更 後 の<br>所 属 所 へ の 通 知 | 通知は送付しません。<br>電子申請システムで申請いただいた場合は、受付完了メールを送信します。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

## 取消・日程変更の手続きについて

※出張・学校行事などでやむを得ず受診できない場合のみ変更できます。

（処理方法）

- ① 所属長の了解のうえ、病院に連絡して、取消・変更日を決めてください。
- ② 取消・変更日が決まったら、上記の事項を記入して当支部へ受診者本人がFAXしてください。
- ③ 服務の関係がありますので、日程変更の場合は、所属長と事務担当者に変更内容を必ず伝えてください。

公共学校共済組合宮崎支部福利厚生担当

（FAX 0985-25-7137）

|         |                         |
|---------|-------------------------|
| 報 告 日   | 令和      年      月      日 |
| 電 話 番 号 |                         |

# 申込書選択及び記入について（職員配付用）



まず、あなたは組合員、短期組合員ですか？  
組合員、短期組合員の被扶養配偶者ですか？  
※組合員及び短期組合員その配偶者については、令和8年4月10日までに資格を取得された組合員に限ります。

それ以外

被扶養配偶者

公立学校共済組合宮崎支部の人間ドックの申込はできません。人間ドックを希望される場合は御加入の共済組合等にお問合せください。

## ⑥被扶養配偶者ドック

令和8年度内に40歳～74歳に到達する被扶養配偶者が対象です。  
自己負担額は6,000円です。  
・プラス1,000円で婦人がん検診を受けることができます。  
※希望者多数の場合は、決定漏れになる場合があります。

記入方法  
・被扶養配偶者ドック申込書（被扶養配偶者配付用）に組合員フリガナ・職員番号・被扶養配偶者フリガナ・性別・被扶養配偶者の令和8年度末の年齢を記入。  
・健診機関等コード一覧表から1つの健診機関を記入。  
・女性は婦人がん検診希望の有無を選択。  
・提出前の確認□に☑を入れる。  
→事務担当者へ提出

## ④女性ドック

子宮がん検査・エコー・マンモグラフィ（2方向）のセット受診になります。自己負担額は3,000円です。（未受診検査があっても自己負担額は変わりません。）  
※希望者多数の場合は、決定漏れになる場合があります。

\*\*\*\*\*  
記入方法  
・人間ドック申込書（職員配付用）の女性ドックの□に☑を入れる。  
・フリガナ・職員番号・4月1日現在の年齢を記入。  
・健診機関等コード一覧表♣「女性ドック」から1つの健診機関を選択。  
→事務担当者へ提出



組合員

次に指定年齢かどうか確認します。あなたは何歳ですか？

令和8年4月1日の年齢が30・33・36・39・42・45・48・51・54・57・59・62・64歳（指定年齢）の方

令和8年4月1日の年齢が左記以外（指定年齢外）の方



あなたは今年度の指定年齢対象者です。条件により以下の①②⑤のドックの中から1つを希望することができます。

令和8年4月1日の年齢が39・42・45・48・51・54・57・59・62・64歳の方

あなたは今年度の指定年齢対象者ではありませんが、条件により③④のドックを希望することができます。条件にあてはまりますか？（③と④は併願可能です。）

女性の方

3年以上受診機会がなかった方

## ⑤PET／CTドック

・自己負担額は69,000～85,000円です。  
・PET／CTドックの決定に漏れた場合、1日ドック又はへき地ドックを受診していただきますので、必ず1日ドック又はへき地等ドックの希望を記入してください。  
記入のない場合は当支部が健診機関を決定します。取扱いはそのドックに準じます。

\*\*\*\*\*  
記入方法  
・人間ドック申込書（職員配付用）のPET／CTドックの□に☑を入れる。  
・フリガナ・職員番号・4月1日現在の年齢を記入。  
・健診機関等コード一覧表◆「PET/CTドック」から2つの健診機関を選択。（1つの場合は抽選に漏れた場合、即1日ドック又はへき地ドックで再抽選となります。）  
・♥「1日ドック」から3つの健診機関を選択。もしくは♠「へき地ドック」から2つの健診機関を選択後、居住地の市町村名を記入。（条件は左記の内容に準じます。）  
→事務担当者へ提出

## ③1日ドック（特別枠）

取扱い①1日ドック（指定年齢）に準じます。※希望者多数の場合は、決定漏れになる場合があります。

\*\*\*\*\*  
記入方法  
・人間ドック申込書（職員配付用）の1日ドック【特別枠】の□に☑を入れる。  
・フリガナ・職員番号・4月1日現在の年齢を記入。  
・健診機関等コード一覧表♥「1日ドック」から3つの健診機関を選択。  
・理由を健診機関等コード一覧表から選択。その他を選択した場合は、その他理由欄に理由を記入。  
・最後に人間ドックを受診した年度と希望健診機関以外での可否を記入。  
→事務担当者へ提出

条件無し

へき地1・特地・それに準ずる教育委員会勤務かつ居住地が宮崎市以外の方

## ①1日ドック（指定年齢）

・自己負担額は男性6,000円・女性7,000円です。  
・女性は婦人がん検診を含んだ金額です。  
・婦人がん検査や頭部MRI／MRA検査等、検査項目が健診機関で異なりますので、別表一覧表（P7～8）で必ず確認してください。

\*\*\*\*\*  
記入方法  
・人間ドック申込書（職員配付用）の1日ドックの□に☑を入れる。  
・フリガナ・職員番号・4月1日現在の年齢を記入。  
・健診機関等コード一覧表♥「1日ドック」から3つの健診機関を選択。  
→事務担当者へ提出

## ②へき地等ドック(1泊2日)

・自己負担額は男性11,000円・女性12,000円です。  
・女性は婦人がん検診を含んだ金額です。  
・大腸がん検査等、検査項目が健診機関で異なりますので、別表一覧表（P11）で必ず確認してください。

\*\*\*\*\*  
記入方法  
・人間ドック申込書（職員配付用）のへき地等ドックの□に☑を入れる。  
・フリガナ・職員番号・4月1日現在の年齢を記入。  
・健診機関等コード一覧表♠「へき地等ドック」から2つの健診機関を選択。  
・居住地の市町村名を記入。  
→事務担当者へ提出

令和8年度人間ドック申込書（職員配付用）

所属所締切  
月 日（ ）

令和8年4月1日現在のあなたの年齢は何歳ですか？  
年齢によって、申し込めるドックの種類が決まっています。確認後、ドックを選んで□に☑を入れてください。すべてのドックについて、「保健厚生事業実施要項」で検査項目等を確認してからお申し込みください。  
また、健診機関等コード一覧表より健診機関を選びコードを記入してください。

□PET／CTドック

※自己負担額は69,000円～85,000円です。十分御検討のうえお申し込みください。  
※第1希望しか記入されない場合で、第1希望の抽選に漏れた場合、第1・2希望を記入したがどちらも抽選に漏れた場合は、へき地等ドックまたは1日ドックで決定されます。

39・42・45・48・51・54・57・59・62・64歳の方

| フリガナ | 職員番号 | 4／1年齢 | PET  |      | 1日ドック |                 |      |
|------|------|-------|------|------|-------|-----------------|------|
|      |      |       | 第1希望 | 第2希望 | 第1希望  | 第2希望            | 第3希望 |
|      |      |       |      |      |       |                 |      |
|      |      |       | へき地等 |      |       |                 |      |
|      |      |       | 第1希望 | 第2希望 | 居住地   |                 |      |
|      |      |       |      |      |       | ←市町村名を記入してください。 |      |

□1日ドック

30・33・36・39・42・45・48・51・54・57・59・62・64歳の方

| フリガナ | 職員番号 | 4／1年齢 | 1日ドック |      |      | ※必ず第3希望までご記入ください。 |
|------|------|-------|-------|------|------|-------------------|
|      |      |       | 第1希望  | 第2希望 | 第3希望 |                   |
|      |      |       |       |      |      |                   |

※延岡共立病院の健診日程は9月1日以降となります。

□へき地等ドック

30・33・36・39・42・45・48・51・54・57・59・62・64歳で、へき地・特地・それに準ずる教育委員会勤務、宮崎市外居住者

| フリガナ | 職員番号 | 4／1年齢 | へき地等 |      |     |
|------|------|-------|------|------|-----|
|      |      |       | 第1希望 | 第2希望 | 居住地 |
|      |      |       |      |      |     |

↑市町村名を記入してください。

□1日ドック【特別枠】

派遣・産休・育休・休職等で3年以上受診機会がなかった30歳以上の指定年齢外の方

| フリガナ    | 職員番号 | 4／1年齢 | 1日ドック【特別枠】            |      |      |        | 希望健診機関以外での受診  |
|---------|------|-------|-----------------------|------|------|--------|---------------|
|         |      |       | 第1希望                  | 第2希望 | 第3希望 | 希望理由番号 | 1. 可<br>2. 不可 |
|         |      |       |                       |      |      |        |               |
| ⑤その他理由欄 |      |       | 最後に人間ドックを受診した年度（例 R4） |      |      |        |               |

□女性ドック

～29・31・32・34・35・37・38・40・41・43・44・46・47・49・50・52・53・55・56・58・60・61・63・65～歳の女性

| フリガナ | 職員番号 | 4／1年齢 | 女性   | 女性ドックは乳がん・子宮がん検診をセットで受診していただきます。片方のみ受診希望の方は市町村のがん検診で受診する方が安価な場合がありますので、御確認ください。 |
|------|------|-------|------|---------------------------------------------------------------------------------|
|      |      |       | 第1希望 |                                                                                 |
|      |      |       |      |                                                                                 |

※女性ドック希望の方で、20代の方は「宮崎県健康づくり協会（宮崎・延岡・日南・都城）」は、希望できません。

## 健診機関等コード一覧表

♥1日ドック

| 種別                       | 市町村  | 記入コード・健診機関名                     | 定 員 |     |
|--------------------------|------|---------------------------------|-----|-----|
|                          |      |                                 | 男   | 女   |
| 【指定年齢】<br>【特別枠】<br>【希望枠】 | 宮崎市  | 01. 宮崎市郡医師会病院健診センター             | 210 | 200 |
|                          |      | 02. 宮崎県善仁会病院総合健診センター            | 80  | 320 |
|                          |      | 03. 古賀駅前クリニック健診センター             | 300 | 300 |
|                          |      | 04. 野崎病院画像健診センター                | 200 | 200 |
|                          |      | 05. 藤元総合病院附属予防医療クリニック           | 100 | 150 |
|                          |      | 06. 宮崎県健康づくり協会（宮崎）              | 20  | 100 |
|                          |      | 23. 宮崎江南病院健康管理センター              | 60  | 70  |
|                          | 日南市  | 25. 日南市立中部病院                    | 40  | 0   |
|                          | 串間市  | 07. 串間市民病院                      | 15  | 15  |
|                          | 西都市  | 08. 鶴田病院                        | 10  | 10  |
|                          | 川南町  | 09. 川南病院                        | 30  | 0   |
|                          | 都城市  | 10. 都城健康サービスセンター                | 40  | 30  |
|                          |      | 12. 藤元総合病院附属予防医療プラザ             | 100 | 130 |
|                          | 小林市  | 21. 園田病院健診センター                  | 15  | 0   |
|                          | 延岡市  | 14. 延岡市医師会病院                    | 45  | 40  |
|                          |      | 15. 黒木病院                        | 40  | 35  |
|                          |      | 26. 共立病院健診センター ※受診は9月1日以降になります。 | 20  | 20  |
|                          |      | 27. 労衛研延岡健診センター                 | 20  | 50  |
|                          | 日向市  | 24. 和田病院                        | 15  | 0   |
|                          | 五ヶ瀬町 | 18. 五ヶ瀬町国民健康保険病院                | 10  | 0   |

♠へき地ドック

| 種別  | 市町村 | 記入コード・健診機関名          | 定 員 |    |
|-----|-----|----------------------|-----|----|
|     |     |                      | 男   | 女  |
| へき地 | 宮崎市 | 02. 宮崎県善仁会病院総合健診センター | 13  | 13 |
|     |     | 03. 古賀駅前クリニック健診センター  | 12  | 12 |
|     |     | 04. 野崎病院画像健診センター     | 15  | 15 |

◆PET/CTドック

| 種別     | 市町村 | 記入コード・健診機関名           | 定員  |
|--------|-----|-----------------------|-----|
| PET/CT | 都城市 | 12. 藤元総合病院附属予防医療プラザ   | 50  |
|        | 宮崎市 | 20. 宮崎鶴田クリニックがん診断センター | 200 |

♣女性ドック

| 種別 | 市町村 | 記入コード・健診機関名          | 定員  |
|----|-----|----------------------|-----|
| 女性 | 宮崎市 | 01. 宮崎市郡医師会病院検診センター  | 310 |
|    |     | 02. 宮崎県善仁会病院総合健診センター | 450 |
|    |     | 06. 宮崎県健康づくり協会（宮崎）   | 370 |
|    | 都城市 | 12. 藤元総合病院附属予防医療プラザ  | 100 |
|    |     | 28. 宮崎県健康づくり協会（都城）   | 40  |
|    | 延岡市 | 29. 宮崎県健康づくり協会（延岡）   | 40  |
|    | 日南市 | 30. 宮崎県健康づくり協会（日南）   | 40  |

特別枠希望理由

|      |
|------|
| ①派遣  |
| ②産休  |
| ③育休  |
| ④休職  |
| ⑤その他 |

★注意事項★

- ・指定医療機関のうち、「宮崎県健康づくり協会（宮崎・延岡・日南・都城）」は20代の受入れはできません。
- ・検査項目・オプション等については令和8年3月下旬に各所属に送付する「令和8年度保健厚生事業実施要項」を必ずご確認ください。
- ※必ずしもオプションの追加や胃カメラへの変更ができるとは限りません。
- ・決定は5月中旬を予定しています。通知日の確定ができないため、電話での問合せにはお答えできません。

支部HPにも掲載しています！



宮崎支部  
ホームページ



## 被扶養配偶者ドック申込書（被扶養配偶者配付用）

| 職員番号    | 被扶養配偶者 |     |             | 健診<br>機<br>関<br>コ<br>ー<br>ド | 婦人がん検診希望<br>※女性は必ず記入 |
|---------|--------|-----|-------------|-----------------------------|----------------------|
| 組合員フリガナ | フリガナ   | 性別  | R8年度末<br>年齢 |                             |                      |
|         |        | 男・女 |             |                             | 01 希望する              |
|         |        |     |             |                             | 02 希望しない             |

※婦人がん検診希望の有無はあくまで調査です。婦人がん検診は、受診医療機関決定後に直接お申し込みください。

|                       |        |          |     |    |    |          |
|-----------------------|--------|----------|-----|----|----|----------|
| (記入例)                 | 123457 | キョウサイ スズ | 男・女 | 40 | 05 | 01 希望する  |
| ※受診者が女性の場合 キョウサイ コウハイ |        |          |     |    |    | 02 希望しない |
| (記入例)                 | 123458 | ザイム イチロウ | 男・女 | 72 | 12 | 01 希望する  |
| ※受診者が男性の場合 ザイム ハナコ    |        |          |     |    |    | 02 希望しない |

下記の健診機関コードを記入してください

### 【健診機関一覧表】

| 健診機関コード | 健診機関名                  |
|---------|------------------------|
| 05      | 藤元総合病院附属予防医療クリニック（宮崎市） |
| 12      | 藤元総合病院附属予防医療プラザ（都城市）   |
| 15      | 黒木病院（延岡市）              |

※組合員の方は提出前にご確認をお願いします。

- ☐ 職員番号を記入しましたか？
- ☐ フリガナは記入しましたか？
- ☐ 受診対象者を扶養していますか？
- ☐ 令和8年度内に受診対象者の扶養資格喪失の予定はありませんか？
- ☐ 受診年齢（令和8年度内に40歳～74歳に到達）を満たしていますか？

※申込者が定員を超えた場合は、抽選により決定します。

※受診決定した後に、健診機関を変更することはできません。

※資格喪失後に受診した場合は受診料全額を自己負担していただきます。

※検査内容について

居住する市町村や年齢によっては、住民検診等で安価で受診できる場合がありますので、自己負担額や検査内容について十分比較検討の上申し込んでください。



詳しい検査項目は  
支部HPにも掲載  
しています！



|         |
|---------|
| 所属所締切   |
| 月 日 ( ) |

## 健診会場案内図



1日ドック事業／女性ドック事業

**宮崎市郡医師会病院健診センター**

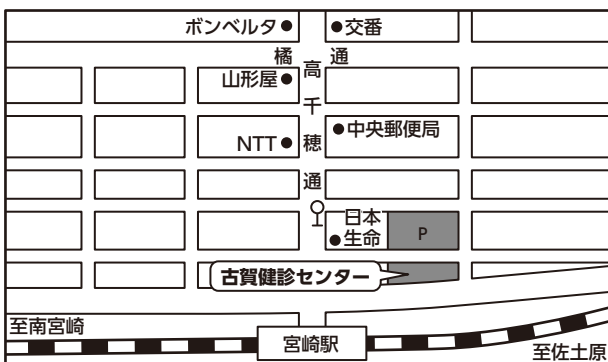
〒880-2102 宮崎市大字有田1173番地 TEL 0985-77-9108



1日ドック事業／へき地等ドック事業／女性ドック事業

**宮崎善仁会病院総合健診センター**

〒880-0834 宮崎市新別府町江口950-1 TEL 0985-64-8088



1日ドック事業／へき地等ドック事業

**古賀駅前クリニック健診センター**

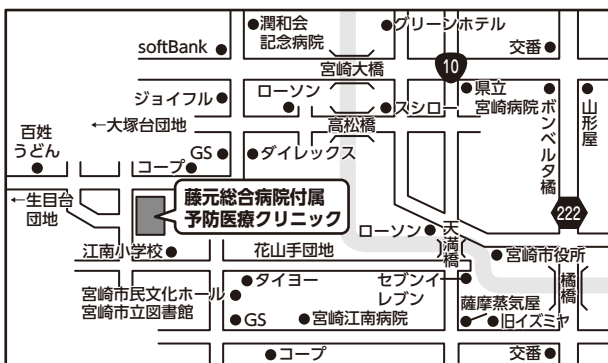
〒880-0812 宮崎市高千穂通2丁目7-14 TEL 0985-22-2112



1日ドック事業／へき地等ドック事業

**野崎病院画像健診センター**

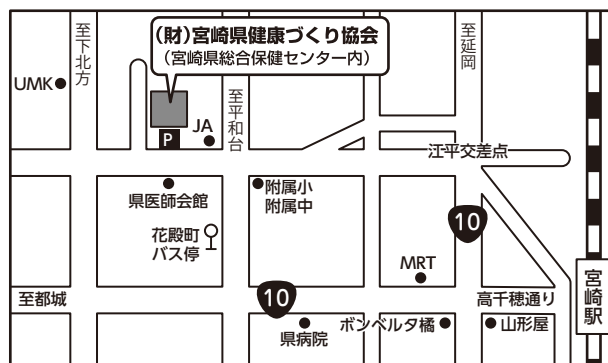
〒880-0916 宮崎市大字恒久5567 TEL 0985-54-8053



1日ドック事業／被扶養配偶者ドック事業

**藤元総合病院附属予防医療クリニック**

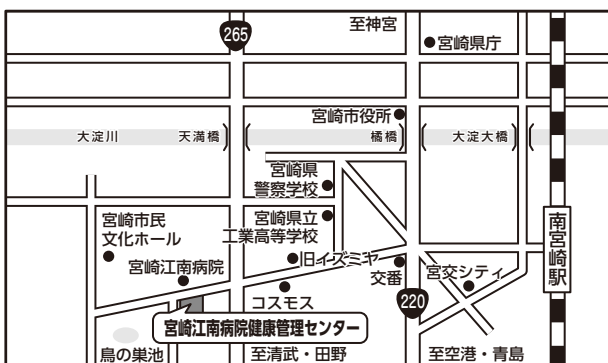
〒880-0941 宮崎市北川内町乱橋3584番地1 TEL 0985-53-1101



1日ドック事業／女性ドック事業

**宮崎県健康づくり協会**

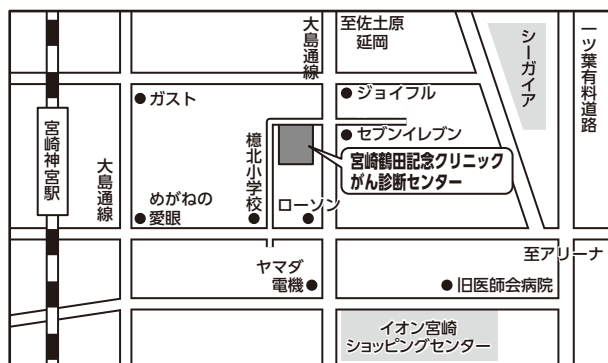
〒880-0032 宮崎市霧島1丁目1番地2 TEL 0985-38-5512



1日ドック事業

**宮崎江南病院健康管理センター**

〒888-0932 宮崎市大坪町西六月2169-1 TEL 0985-53-8928



PET／CTドック事業

**宮崎鶴田記念クリニックがん診断センター**

〒880-0835 宮崎市阿波岐原町宝財2281-1 TEL 0985-31-3719



1日ドック事業

## 日南市立中部病院

〒889-3141 日南市大堂津5丁目10番1号 TEL 0987-27-1111



女性ドック事業

## 宮崎県健康づくり協会(日南会場(日南保健所))

〒889-2536 宮崎県日南市吾田西1丁目5-10 TEL 0985-38-5512



1日ドック事業

## 串間市民病院

〒888-0001 串間市大字西方7917番地 TEL 0987-72-1234



1日ドック事業

## 鶴田病院

〒881-0016 西都市御舟町1丁目78番地 TEL 0983-42-3711



1日ドック事業

## 川南病院

〒889-1301 川南町大字川南18150番地47 TEL 0983-27-4111



1日ドック事業

## 園田病院健診センター

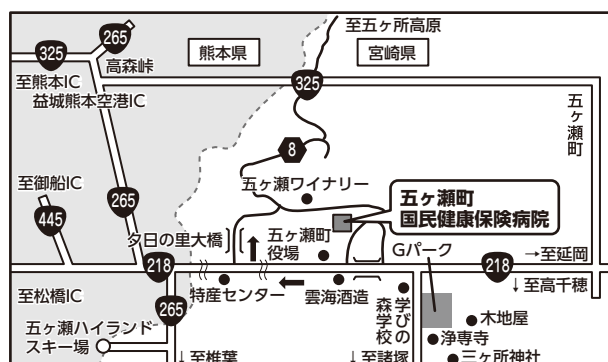
〒886-0003 小林市堤3005-1 TEL 0984-22-2237



1日ドック事業

## 和田病院

〒883-0051 日向市向江町1丁目196-1 TEL 0982-52-0011



1日ドック事業

## 五ヶ瀬町国民健康保険病院

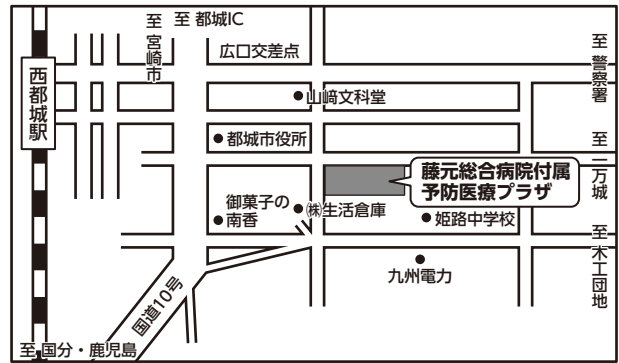
〒882-1203 五ヶ瀬町大字三ヶ所2109番地1 TEL 0982-73-5500



1日ドック事業

## 都城健康サービスセンター

〒885-0002 都城市太郎坊町1364-1 TEL 0986-36-8710



1日ドック事業/PET/CTドック/女性ドック/被扶養配偶者ドック事業

## 藤元総合病院附属予防医療プラザ

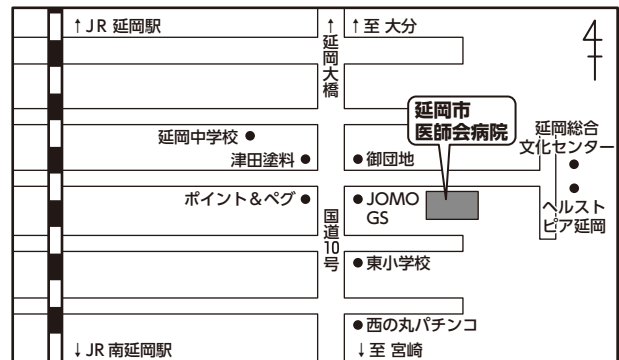
〒885-0055 都城市早鈴町17-1 TEL 0986-22-7017



女性ドック事業

## 宮崎県健康づくり協会(都城会場(都城保健所))

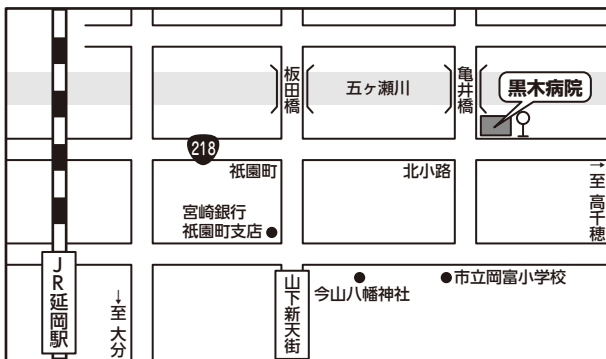
〒885-0012 宮崎県都城市上川東3丁目143 TEL 0985-38-5512



1日ドック事業

## 延岡市医師会病院

〒882-0856 延岡市出北6丁目1621 TEL 0982-21-1313



1日ドック事業/被扶養配偶者ドック事業

## 黒木病院

〒882-0041 延岡市北小路14-1 TEL 0982-21-6381



1日ドック事業

## 共立病院健診センター

〒882-0037 延岡市山月町5丁目5679-1 TEL 0982-33-1360



1日ドック事業

## 労衛研延岡健診センター

〒882-0872 延岡市愛宕町2丁目1-5 TEL 0982-29-4300



女性ドック事業

## 宮崎県健康づくり協会(延岡会場(アスリートタウン延岡))

〒882-0803 延岡市大貫町1丁目2894 TEL 0985-38-5512

## 2 特定健康診査等事業

### 1. 事業内容

メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した特定健康診査を実施し、その結果を基に、生活習慣病を予防することを目的とした特定保健指導を行います。

### 2. 対象者

40歳（※1）から74歳（※2）までの共済組合員及び被扶養者

※1 今年度中に40歳に達する方を含みます。

※2 特定健康診査は75歳の誕生日の前日まで受診が可能です。

### 3. 実施機関

共済組合が指定する健診機関（以下、「指定健診機関」という。）

### 4. 実施期間

各指定健診機関の診療日において随時行います。

### 5. 受診方法等

#### （1）特定健康診査

（組合員）

- ・事業主等が実施する定期健康診断や共済組合が実施する人間ドックのデータを活用します。

（被扶養者）

- ・当共済組合より、対象となる被扶養者の自宅に送付する「受診券」により、指定健診機関で受診することができます。「受診券」の送付時期は7月初旬を予定しています。
- ・特定健康診査に要する費用は全額共済組合が負担します。

※今年度中に以下の受診をされた方は、特定健康診査の受診に代えることができるため、特定健康診査を受診する必要はありません。

- ①被扶養配偶者ドックを受診する方。（受診券は送付しません）
- ②パート勤務先などで健診を受けた方。被扶養配偶者ドック以外で人間ドックを受診された方。（「健診結果の写し」、「質問票」、「受診券」のご返送をお願いします。）

#### ◎具体的な健診項目◎

##### ○基本項目

|       |                                            |
|-------|--------------------------------------------|
| 問診    | （服薬歴、喫煙歴ほか）                                |
| 身体計測  | （身長・体重・BMI・腹囲）                             |
| 血圧測定  |                                            |
| 脂質検査  | （空腹時中性脂肪 または 随時中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール） |
| 血糖検査  | （空腹時血糖 または HbA1c）                          |
| 肝機能検査 | （GOT、GPT、 $\gamma$ -GTP）                   |
| 尿検査   | （尿糖、尿蛋白）                                   |

##### ○医師が必要と認めた場合の追加検査項目

|          |                      |
|----------|----------------------|
| 貧血検査     | （赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値） |
| 心電図検査    |                      |
| 眼底検査     |                      |
| 血清クレアチニン | （eGFRによる腎機能評価を含む）    |

## (2) 特定保健指導

特定健康診査の結果、生活習慣病のリスクがあると判定された対象者には、特定保健指導を実施します。

※特定保健指導に要する費用は全額共済組合が負担します。

### (組合員)

- ・以下の3つの中から1つを選択して特定保健指導を受けてください。詳細は当共済組合より該当者に送付する案内文書に記載しています。

#### ①訪問型特定保健指導委託会社の特定保健指導

委託会社からの電話及びメール等による連絡がありますので、日程を調整後、受診してください。

#### ②指定健診機関での特定保健指導

「特定保健指導利用券」が必要となりますので、公立学校共済組合にご連絡ください。

#### ③人間ドック後の特定保健指導の受診

一部の指定健診機関(※)では人間ドック後に特定保健指導を受けることができます。

※古賀駅前クリニック、野崎病院、藤元総合病院附属予防医療クリニック(宮崎)、藤元総合病院附属予防医療プラザ(都城)、宮崎県健康づくり協会

### (被扶養者)

- ・被扶養者の特定保健指導は指定健診機関での実施となります。
- ・当共済組合より、該当者の自宅に特定保健指導実施の案内文書を送付しますので、同封の「特定保健指導利用券」により、指定健診機関で受診してください。

※被扶養配偶者ドックを藤元総合病院附属予防医療クリニック(宮崎)、藤元総合病院附属予防医療プラザ(都城)で受診する方は、検査後に特定保健指導を受けることができます。

### ○特定保健指導の対象者基準○

| 腹囲                     | 追加リスク（※）  | 喫煙歴      | 対象      |          |
|------------------------|-----------|----------|---------|----------|
|                        | ①血糖②脂質③血圧 |          | 40から64歳 | 65歳から74歳 |
| ≧85cm（男性）<br>≧90cm（女性） | 2つ以上該当    |          | 積極的支援   | 動機付け支援   |
|                        | 1つ該当      | あり<br>なし |         |          |
| 上記以外で<br>BMI≧25        | 3つ該当      |          | 積極的支援   | 動機付け支援   |
|                        | 2つ該当      | あり<br>なし |         |          |
|                        | 1つ該当      |          |         |          |
|                        |           |          |         |          |

※追加リスクの該当基準

①血糖…空腹時血糖 100mg/dl以上 または HbA1cが 5.6%以上

②脂質…空腹時中性脂肪 150mg/dl以上 または HDLコレステロール 40mg/dl未満

③血圧…収縮期血圧 130mmhg以上 または 拡張期血圧 85mmhg以上

### ○動機付け支援

専門家(医師、保健師又は管理栄養士)の面接による指導の下に行動計画を作成し、生活習慣改善のための取り組みを行えるように動機付けを行います。面接から3か月以上経過後に、計画どおり効果が出ているか等を評価します。

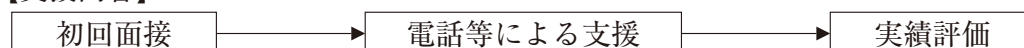
#### 【支援内容】



### ○積極的支援

専門家(医師、保健師又は管理栄養士)の面接による指導の下に行動計画を作成し、生活習慣改善のための取り組みを行えるように継続的な支援を行います。面接から3か月以上経過後に、計画どおり効果が出ているか等を評価します。

#### 【支援内容】



# 健康づくり事業

## 1 スポーツ施設優待割引事業

### 1. 趣 旨

組合員及び被扶養者の自主的な運動習慣づくりを支援するため、民間のスポーツ施設（フィットネスクラブ・スポーツジム）と提携し、組合員優待割引事業を実施します。

### 2. 対象者

共済組合員及び被扶養者（任意継続組合員を含む）

### 3. 内 容

対象施設への入会または利用の際、資格確認書、マイナポータルの資格情報画面等を提示することで、あらかじめ定められた下記の優待割引を受けることができます。

|     | 対象施設名                      | 優待割引内容                                          | 電話番号         |
|-----|----------------------------|-------------------------------------------------|--------------|
| 宮崎市 | スポーツクラブ&サウナスパ<br>ルネサンス宮崎24 | ・入会金 0円<br>・事務手数料 1,650 円<br>・法人価格での会員登録可能      | 0985-35-2670 |
|     | メディカルフィットネス<br>フィオーレ       | ・公立共済会員（月会費 6,600円で月8回利用可能）<br>の適用              | 0985-22-2113 |
|     | JOYFIT 宮崎大塚                | ・入会金 550円<br>・月会費 6,050円                        | 0985-47-2335 |
|     | Grace<br>パーソナルジム&スタジオ      | ・登録料免除                                          | 0985-69-3126 |
|     | ABCスポーツクラブ                 | ・フリー会員・こどものコース入会者は入会金 3,300円<br>・フリー会員 月額5,500円 | 0985-77-5311 |
| 都城市 | オールフォア<br>フィットネス           | ・全種別月会費15%割引<br>（カーディオ会員・パーソナル会員を除く）            | 0986-38-7772 |
| 延岡市 | フィットネスクラブ<br>ターザン          | ・入会金免除                                          | 0982-22-1133 |

※金額は税込みです。

## 2 健康づくり教室等助成事業

### 1. 趣 旨

所属所等において組合員やその家族等を対象に、健康保持と増進を図るために開催される健康づくり教室等を推進するため、これに要する経費を一部助成します。

### 2. 事業内容

所属所等で計画された健康づくり教室等の費用助成、講師紹介

### 3. 対象者

共済組合員の所属する所属所等

### 4. 実施時期

適宜（所属所等の計画による）

## 5. 費 用

講師謝金等、健康づくり教室等に要する経費のうち、参加組合員等の数に応じて、一定の額を助成します。

## 6. 主な内容

所属所等が下記のテーマ等で企画した健康づくり教室等に要した費用の助成をします。

※本事業については、別途通知します。

## 3 健康づくりセミナー

### 1. 趣 旨

健康管理や疾病予防の意識向上を図るため、専門講師を招きセミナーを実施します。

### 2. 対象者

共済組合員及びその家族

### 3. 会場・日時・人数

|                 |         |    |       |
|-----------------|---------|----|-------|
| 県央会場（午前の部・午後の部） | 令和8年8月頃 | 定員 | 各回30名 |
| 県北会場            | 令和8年8月頃 | 定員 | 30名   |
| オンデマンド型         | 令和8年8月頃 | 定員 | 100名  |

### 4. 費 用

(1) 研修資料その他受講に要する費用は、共済が負担します。

(2) 参加者の交通費・情報通信機器等の通信費用は、個人負担とします。

### 5. その他

受講者は、職務専念義務が免除されるので、所定の手続きを行ってください。

※本事業については、別途通知します。

## 4 オンライン禁煙外来プログラム

### 1. 趣 旨

喫煙および受動喫煙は、がん・脳卒中等の特定の重要な疾病との関連が指摘されており、禁煙は健康管理のうえで重要な一次予防となっています。

そこで、禁煙に対する啓発及び支援を目的として、オンライン禁煙外来プログラムを実施し、その費用を助成します。

### 2. 対象者

禁煙を希望する共済組合員

### 3. 実施時期

通年

### 4. 費 用

(1) 診察、飲み薬に係る費用その他参加に要する費用のうち、個人負担は5,000円とし、残りは共済が負担します。

(2) 参加者の通信費等は、個人負担とします。

### 5. その他

オンライン診療時は、職務専念義務が免除されるので、所定の手続きを行ってください。

※本事業については、別途通知します。

## 5 チャレンジウォーキング

### 1. 趣 旨

日常的に身体を動かす習慣を定着させるためのインセンティブ事業を実施することで、組合員の運動不足の解消及び生活習慣病の予防・改善を図ります。

### 2. 対象者

共済組合員

### 3. 内 容

参加者は共済組合が指定する方法により実施期間内の歩数を計測します。共済組合は、実施期間終了後に参加者に対して実施期間内の合計歩数等に応じた賞品を贈呈します。

### 4. 対象期間

別途通知

※本事業については、別途通知します。

## 6 予防接種補助事業

### 1. 趣 旨

組合員の健康維持と学校等での感染予防を図るため、予防接種費用の一部を補助します。

### 2. 対象者

共済組合員

### 3. 補助額

年度内1種類につき1回限り、予防接種の種類に応じ、下表の額を補助します。

| 予防接種の種類 | インフルエンザ    | 麻しん・風しん・おたふく風邪・水ぼうそう | 麻しん風しん混合   |
|---------|------------|----------------------|------------|
| 補助額     | 1, 5 0 0 円 | 2, 0 0 0 円           | 5, 0 0 0 円 |

※様式と領収書についての注意事項をp45、p46に記載しております。

※費用が上記の額を下回る場合は、その実費額の補助となります。

※本事業の詳細については、別途通知します。

## 7 教職員相談事業（宮崎県教育委員会事業）

### 1. 趣 旨

教職員の生活及び職場における諸種の問題について相談に応じることにより、家庭生活及び職場における精神的な安定を図り、勤労意欲を高めるとともに、能率の向上に寄与します。

### 2. 対象者

公立学校に勤務する職員及びその家族

### 3. 相談の方法

面接相談のほか、電話及びメール、オンライン（Microsoft Teams）による相談にも応じます。相談料は、無料です。

#### 4. 相談場所・電話番号

宮崎県立図書館 2 階 相談室 （宮崎市船塚 3 丁目 210-1）

TEL 0985-29-8958

E-mail kyosyokuin-sodan@pref.miyazaki.lg.jp

※オンライン相談は事前予約制です。

#### 5. 相談日

毎週火・金曜日 12時30分から17時30分まで（県立図書館の休館日を除く。）

土曜日 10時から15時まで

※ただし、相談員の勤務日数の関係で相談が休みとなる日もあります。

※本事業については、別途通知します。

## 8 医療機関によるメンタルヘルス相談事業

### 1. 趣 旨

組合員が抱える様々な心の健康問題について、専門の医療機関が相談に応じることにより、その解決を図ります。

### 2. 対象者

共済組合員及びその家族や職場の上司、同僚

### 3. 相談内容の例

- ◆ 不眠、意欲の減退、頭痛、吐気等の症状があり、心身の不調を感じるとき
- ◆ 家族や上司が、組合員の心身の不調に気づいたとき
- ◆ 精神科通院治療中の部下に対する上司の役割について

### 4. 利用方法

- ① 相談希望者は下記指定医療機関に直接電話予約し、指定された日時にカウンセリングを受けてください。（予約の際は、「公立学校職員メンタルヘルス相談」での利用とお伝えください。）
- ② 相談料は無料ですが、医師の診断により医療行為を必要とする場合には保険診療扱いとなるため、相談者の負担となります。
- ③ マイナ保険証等（資格確認書等の資格確認が可能なものを含む）を必ず持参してください。

### 5. 指定医療機関

| 医療機関名       | 所在地               | 電話番号         | 休診日       |
|-------------|-------------------|--------------|-----------|
| みよしクリニック    | 宮崎市江平中町 6-17      | 0985-35-1100 | 日・祝       |
| 早稲田クリニック    | 宮崎市大坪町西六月 2197-1  | 0985-53-3030 | 水(午後)・日・祝 |
| 中村クリニック     | 宮崎市広島 1 丁目 17-21  | 0985-32-7830 | 水・日・祝     |
| たき心療内科クリニック | 都城市若葉町 13-6       | 0986-46-9191 | 日・祝       |
| 吉田病院        | 延岡市松原町 4-8850     | 0982-37-0126 | 日・祝       |
| 内村病院        | 小林市水流迫 852-1      | 0984-23-2575 | 日・祝       |
| 高宮病院        | 宮崎市吉村町大町甲 1931 番地 | 0985-24-5678 | 日・祝       |
| 藤元病院        | 都城市早鈴町 17 街区 4 号  | 0986-25-1315 | 日・祝       |
| 谷口病院        | 日南市大字風田 3861 番地   | 0987-23-1331 | 土・日・祝     |
| 県南病院        | 串間市大字西方 3728 番地   | 0987-72-0224 | 土・日・祝     |

## 9 メンタルヘルス対策事業

### 1. 趣 旨

組合員のメンタルヘルスの向上を図るため、メンタルヘルスに関する基礎知識及びストレス対処法等について、専門講師を招きセミナーを実施します。

### 2. 対象者

共済組合員

### 3. 会場・日時・人数

|              |          |                      |
|--------------|----------|----------------------|
| オンデマンド型      | 令和8年8月頃  | 定員 100名              |
| 対面・オンデマンド併用型 | 令和8年10月頃 | 定員 対面 30名、オンデマンド100名 |

### 4. 費 用

- (1) 研修資料その他受講に要する費用は、共済が負担します。
- (2) 参加者の交通費・情報通信機器等の通信費用は、個人負担とします。

### 5. その他

受講者は、職務専念義務が免除されるので、所定の手続きを行ってください。

※本事業については、別途通知します。

## 10 臨床心理士相談事業（宮崎県教育委員会との共同事業）

### 1. 臨床心理士相談室

#### (1) 趣 旨

組合員やその家族が抱える様々な悩みごとについて、臨床心理士が相談員として相談に応じることにより、その解決を図り、心の健康保持増進を支援します。

#### (2) 対象者

公立学校に勤務する職員及び共済組合員とその家族、上司、同僚など

#### (3) 相談の方法

面接相談のほか、電話、オンライン（Microsoft Teams）による相談にも応じます。相談料は無料です。

面接相談を希望する場合、財務福利課 福利厚生担当

（0985-26-7242 または kyoikucho-hokenshitsu@pref.miyazaki.lg.jp）に御連絡ください。

#### (4) 相談場所・電話番号

宮崎県立図書館2階 相談室 （宮崎市船塚3丁目210-1）

TEL 0985-29-8958

#### (5) 相談日

毎月 原則 第2・第4日曜日 10時から15時まで（県立図書館の休館日を除く。）

### 2. 出張相談

所属からの相談・研修の依頼を受け、臨床心理士の相談員を各所属に派遣します。出張相談を申し込まれる場合は、財務福利課 福利厚生担当（0985-26-7242）に御連絡ください。

## 11 40歳未満保健指導

### 1. 趣 旨

若年層の組合員が40歳に到達したときに内臓脂肪症候群及びその予備軍に該当しないことを目標に保健指導を実施します。

### 2. 対象者

40歳未満の組合員

### 3. 内 容

事業主健康診断の結果、内臓脂肪症候群及びその予備軍のリスクがあると判定された40歳以下の組合員を対象に、これまで40歳以上の方に行っていた訪問型特定保健指導委託会社の**特定保健指導**（動機づけ支援）と同様の保健指導を実施します。

※保健指導に要する費用は全額共済組合が負担します。

※本事業については、別途通知します。

## 12 重症化予防対策受診勧奨事業

### 1. 趣 旨

事業主健診で「要精密」と診断され、病院受診歴のない方を対象として病院受診勧奨通知を行います。

### 2. 対象者

40歳以上の組合員

※本事業については、別途通知します。

## 13 教職員電話健康相談24（公立学校共済組合本部事業）

### 1. 趣 旨

組合員とその被扶養者の身体と心に関する様々な健康問題について相談に応じることにより、その解決を図ります。

### 2. 対象者

共済組合員とその被扶養者

### 3. 相談内容

一般健康相談、専門医相談、小児救急相談

### 4. 相談の方法

電話（フリーダイヤル）による相談で、年中無休24時間受け付けます。

### 5. 連絡先

TEL 0800-777-<sup>やさしく</sup>8349 通話料無料

## 14 Web相談（こころの相談）（公立学校共済組合本部事業）

### 1. 趣 旨

組合員とその被扶養者が抱える様々な悩みごとについて、専用Webサイトから相談を受け付けることにより、その解決を図ります。

## 2. 対象者

共済組合員とその被扶養者

## 3. 相談の方法

専用Webサイトにアクセスし、ログイン番号を入力して相談（3営業日以内に返答）。

## 4. 専用WEBサイトURL

https://www.mh-c.jp/ ログイン番号 ナ ャ ミ ニ ム ク 7 8 3 2 6 9

# 15 電話・面談メンタルヘルス相談（公立学校共済組合本部事業）

## 1. 趣 旨

組合員とその被扶養者が抱える様々な心の健康問題について、臨床心理士の相談員が電話・面談により相談に応じ、その解決を図ります。

## 2. 対象者

共済組合員とその被扶養者

## 3. 相談の方法

### 【電話相談】

電話による相談で、1回の相談につき20分程度。

実施時間 月～土曜日 10時～22時（祝日・12/31～1/3を除く）

### 【面談】

完全予約制、宮崎市内の契約カウンセリングルームにて実施

1回の相談につき50分程度、5回までは無料

電話で相談の日時を予約し、郵送されてくる利用者カードを持って、予約した日にカウンセリングを受けてください。

実施時間 月～土曜日 10時～20時（祝日・年末年始を除く）

## 4. 連絡先

TEL 0800-700-5680 こころ晴れ晴れ 通話料無料

# 16 女性医師電話相談（公立学校共済組合本部事業）

## 1. 趣 旨

女性の組合員と被扶養者の身体の健康問題について、女性医師が相談に応じることにより、その解決を図ります。

## 2. 対象者

共済組合員とその被扶養者（女性のみ）

## 3. 相談内容

婦人科疾患全般、乳腺疾患、大腸・肛門疾患、性感染症、皮膚病、泌尿器疾患、更年期障害等男性医師には聞きにくい、また受診そのものがためられる疾患

## 4. 相談の方法

電話による相談で、女性医師の相談員が応じます。

実施時間 月～土曜日 10時～21時（祝日・年末年始を除く）

## 5. 連絡先

TEL 0120-215-579 女性医師こ こ 納 得 通話料無料

## 17 介護電話相談（公立学校共済組合本部事業）

### 1. 趣 旨

組合員と被扶養者の介護全般に関する悩みごとについて、ケアマネージャーや社会福祉士が相談に応じることにより、その解決を図ります。

### 2. 対象者

共済組合員とその被扶養者

### 3. 相談内容

介護全般

### 4. 相談の方法

電話による相談で、1回の相談につき20分程度。

実施時間 月～土曜日 10時～18時（祝日・年末年始を除く）

### 5. 連絡先

TEL 0120 - 515 - 579 通話料無料

## 18 LINEメンタルヘルス相談(心ほっとサポート@公立学校共済)（公立学校共済組合本部事業）

### 1. 趣 旨

組合員の心の不調に関する相談について、公認心理師や臨床心理士等が相談に応じることにより、その解決を図ります。

### 2. 対象者

共済組合員

### 3. 相談内容

メンタルヘルス相談（DVやハラスメント等に対する相談を除く）

### 4. 相談の方法

LINEを使用した相談。

実施時間 毎週水・土・日・月曜日 18時～22時（祝日・年末年始を含む）

### 5. 連絡先

LINEアカウント @kouritukyosai\_mh



友だち追加は  
こちらから↓



## 19 心の健康チェック事業～セルフチェック～（公立学校共済組合本部事業）

### 1. 趣 旨

組合員にストレスへの気づきやセルフケアを促し精神疾患の発症を未然に防止すること（一次予防）を目的としています。

### 2. 対象者

共済組合員

### 3. 利用方法

インターネットに接続されたパソコンやスマートフォンを使い57項目の質問に回答することで、無料で自分自身のストレス状態をチェックできます。

- ①「心のセルフチェックシステム」(<https://kokoronokenkou.jp/>) にアクセス、もしくは、公立学校共済組合ホームページ内の「心のセルフチェックシステム（ストレスチェック）」バナーを選択。

- ② 初回ユーザー名・パスワードを入力。

ユーザー名：teacher

パスワード：teacher2026

利用時間 6時～24時

#### 4. その他

セルフチェックの結果、ストレスが高めと判定された方、もしくは判定結果にかかわらず何となく心身の不調が続いている方などは、公立学校共済組合及び県教育委員会が実施している各種相談事業を御活用ください。

※セルフチェックは匿名で利用することから、ストレスチェック制度には対応できません。

## 20 九州中央病院「メンタルヘルス相談・オンラインメンタルヘルス相談」

### 1. 趣 旨

組合員とその被扶養者が抱える様々な心の健康問題について、九州中央病院の臨床心理士等が相談に応じることにより、その解決を図ります。

### 2. 対象者

共済組合員及びその被扶養者

### 3. 相談の方法

対面またはオンラインによる面接相談

実施時間 対面：平日 月～金曜日 9時～17時

オンライン：平日 月～金曜日 10時～16時

※相談の開始時間の最終は実施時間の1時間前（対面は16時、オンラインは15時）までとなります。

※事前に電話予約が必要です。

### 4. 連絡先

TEL：092－541－4936

### 5. 相談料

- ・3回まで無料（ただし、相談の結果、保険診療による検査等が必要な場合もあるので、マイナ保険証等「資格確認書等の資格確認が可能なものを含む」を持参してください。）
- ・病院から規程に準じた交通費が支給されます。
- ・オンラインメンタルヘルス相談の実施にかかる通信費は御負担いただく必要があります。

## 21 九州中央病院「セカンドオピニオン相談」

### 1. 趣 旨

組合員とその被扶養者を対象に、内科・整形外科・心療内科の疾病について、面談によりセカンドオピニオン相談に応じます。

### 2. 対象者

共済組合員及び被扶養者

### 3. 相談の方法

各種がん・整形外科・心療内科の相談が対象になります。

相談日時は、相談者と病院の医師と調整し設定するため完全予約制となります。ホームページまたは電話で予約してください。

#### 4. 相談料

無 料

※ただし、相談の結果、保険診療による検査等が必要な場合もあるので、マイナ保険証等（資格確認書等の資格確認が可能なものを含む）を持参してください。

#### 5. 連絡先

TEL 092-541-4936

※感染症の流行状況次第では、中止する場合があります。詳しい内容は九州中央病院のホームページを御覧ください。

## 22 九州中央病院「復職に向けてのプログラム」

#### 1. 趣 旨

病気療養中・休職中の組合員を対象に、復職に向けてのプログラムを実施し、職場への復帰がスムーズになるようサポートを行います。

#### 2. 対象者

病気療養中・休職中の共済組合員

※主治医の紹介状が必要となります。

#### 3. 参加費

プログラム中、心療内科の受診があるため、保険診療費がかかります。

#### 4. 申込方法

電話予約制

※お電話の際に「復職に向けてのプログラム予約」とお伝えください。

TEL 092-541-4936

#### 5. 形 式

1 グループ3名以上で、週1回（10時～14時30分まで）、連続5～8回（約2か月）のプログラムを実施。

※グループは定員となり次第、随時開始します。

※日程についての詳細はお申し込みの際にお知らせします。

#### 6. 実施内容

- ・当プログラムは、講義（心理教育）やグループワーク（認知行動療法を取り入れています）などを行い、職場への復帰がスムーズになるようサポートします。
- ・4月から職場復帰を考えておられる方は、10月頃からの御参加をお勧めします。（時期につきましてはお問い合わせください。）
- ・休職されている方の場合、当プログラムへは、所属学校で行われる「職場復帰訓練」の前に参加されることをお勧めします。（「職場復帰訓練」の3から4か月前からの御参加が目安です。）

# 一般事業

## 1 ライフプランセミナー

### 1. 趣旨

現在の生活を有意義に生きがいを持って心豊かに過ごすためには、生活設計を作成し、実行することの意義を理解することが重要です。

そのため、組合員とその家族が自ら生涯生活設計を立案するためのオンラインセミナーを開催し、充実した生活の実現をサポートします。

### 2. 対象者

共済組合員及びその家族

### 3. 会場・日時・人数

オンライン型 令和8年8月頃 各定員200名程度

※状況等に応じて変更になる可能性があります。御了承ください。

### 4. 費用

(1) 研修資料その他受講に要する費用は、共済が負担します。

(2) 情報通信機器等の通信費用は個人負担とします。

### 5. その他

受講者は職務専念義務が免除されるので、所定の手続きを行ってください。

※本事業については、別途通知します。

## 2 介護講座

### 1. 趣旨

高齢化社会の到来に伴う要介護者の増加に伴い、家族による介護活動が一層重視されてきたことから、組合員やその家族が高齢になった時、介護が必要になった時の対応やその心構えについて、講座を開催します。

### 2. 対象者

共済組合員及びその家族

### 3. 会場・日時・人数

オンライン型 令和8年7～8月頃

会場型 令和8年7～8月頃

※状況に応じて変更になる可能性があります。御了承ください。

### 4. 費用

(1) 研修資料その他受講に要する費用は、共済が負担します。

(2) 参加者の交通費等は、個人負担とします。

### 5. 主な内容

介護予防・介護知識に関すること

### 6. その他

受講者は、職務専念義務が免除されるので、所定の手続きを行ってください。

※本事業については、別途通知します。

### 3 船員組合員福利厚生助成事業

#### 1. 目的

船員組合員について、海難事故等の緊急時対応には家族間の緊密な連携を要することから、長期航海中に実施される各種厚生事業等の代替事業として交流の機会を設けることにより、相互支援の関係構築や連絡体制の整備を図る。

#### 2. 対象者

船員組合員と被扶養配偶者

#### 3. 実施時期

適宜（所属所の計画による）

※本事業については、該当所属所に別途通知します。

### 4 宿泊助成事業（宮崎県教職員互助会委託）

#### 1. 趣 旨

組合員の福利厚生の充実を図るため、宮崎県教職員互助会に事務を委託し、指定する宿泊施設での宿泊料金の一部を助成します。

#### 2. 対象者

共済組合員及び被扶養配偶者（組合員本人・被扶養配偶者通算12泊まで）

#### 3. 指定する宿泊施設及び助成額（共済組合助成分）

- (1) 宮崎県内の教職員互助会が指定する宿泊施設 助成額 1,000円
- (2) 宮崎県外の公立学校共済組合の宿泊所・保養所
  - ① 九州、山口 助成額 1,000円
  - ② 上記以外 助成額 2,000円

#### 4. 利用方法

【教職員互助会に加入している共済組合員】→教職員互助会のガイドブックをご覧ください。

【教職員互助会に未加入の共済組合員】→教職員互助会のホームページからご利用ください。

一般社団法人  
**宮崎県教職員互助会**  
会員専用ページ

ここをクリック

会員選択： ☐ 現職 ☐ 退職 ☐ 共済（再任用）  
※区分は必ず選択してください。

会員番号(ID)：

パスワード：

☐ パスワードを表示  
[パスワードを忘れた方はこちら](#)

令和4年10月以降、新たに共済組合員（短期組合員）になられた方は  
会員番号（ID）：職員番号（6桁）  
パスワード：Kyouasai  
でログインしてください。  
※パスワードの「K」以外は半角英数字で入力  
上記以前の方は、組合員になられた際に案内済みです。

このシステムをご利用の際は[こちら](#)をご参考ください。

ログインする

|      |      |  |         |
|------|------|--|---------|
| (別紙) |      |  | 共済組合受付印 |
|      |      |  |         |
|      | 受付番号 |  |         |

## 予 防 接 種 補 助 金 請 求 書

|             |                                                                                      |                                                                                                                       |                   |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 組 合 員 氏 名   |                                                                                      | 所 属 所 名                                                                                                               |                   |
| 職 員 番 号     |                                                                                      | 所属所コード                                                                                                                |                   |
|             |                                                                                      | 所属所電話番号                                                                                                               | - -               |
| 医 療 機 関 名   |                                                                                      | 接 種 年 月 日                                                                                                             | 令和    年    月    日 |
| 予 防 接 種 費 用 | <div style="text-align: right;">_____ 円</div> <small>予防接種に要した自己負担額を記入してください。</small> | 予防接種の種類（○をつけてください）<br>1. インフルエンザ<br>2. 麻しん（はしか）<br>3. 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）<br>4. 風しん（三日はしか）<br>5. 水痘（水ぼうそう）<br>6. 麻しん風しん混合 |                   |
| 補 助 決 定 額   | <div style="text-align: right;">_____ 円</div> <small>※この欄には記入しないでください。</small>       |                                                                                                                       |                   |

上記のとおり請求します。

令和        年        月        日

公立学校共済組合宮崎支部長        殿

住所  
請求者        氏名

(印)

※自筆署名の場合は押印省略可。

領収書等貼付（のり付け） ※領収書が収まらない場合は、裏面に貼付してください。

### ■領収書必須記載事項

- ① 接種者氏名
- ② 予防接種の種類（※）
- ③ 予防接種料金
- ④ 接種年月日
- ⑤ 医療機関名

※予防接種の種類が手書きで書いてある場合は医療機関の証明印または別途証明書の添付が必要です。詳しくは別紙「**領収書についての注意事項**」を御確認ください。

- \*対象は公立学校共済組合員本人のみです。被扶養者、任意継続組合員は対象外となります。
- \*請求は随時受け付けます。ただし、当該実施年度の最終提出期限は、別途通知等で御確認ください。
- \*原則として翌月末に届出口座（共済組合短期給付金口座）へ振り込みますので、通帳で御確認ください。
- \*市町村やその他団体から同様の補助等がある場合は、その額を差し引いた額を補助対象とし、補助額を下回る場合は、その実費額を補助します。
- \*この1枚で複数種類の請求はできません。（1種1枚でお願いします。）

## 領収書についての注意事項

### ■ 領収書必須記載事項

- ① 予防接種を受けた方の氏名（姓のみ不可）
  - ② 予防接種の種類
  - ③ 予防接種料金
  - ④ 接種年月日
  - ⑤ 医療機関名（押印欄が設けられていたり、「印なきものは無効」と書かれているなど、明らかに印を必要とする書式であれば、領収印が必要）
- ※「補助金請求のために必要」と伝えて、必ず明記してもらってください。



宛名はフルネームですか？  
略字ではありませんか？

患者番号 1 2 3 4 5 6  
患者名 ① 公立 太郎 様

接種年月日が記載されていますか？

④ 令和8年4月1日

領 収 書

|       | 初・再診料    | 入院料等                                                                                                                      | 医学管理等     | 在宅医療 | 検査 | 画像診断 |
|-------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------|----|------|
| 保健    | 円        | 円                                                                                                                         | 円         | 円    | 円  | 円    |
|       | 投薬       | 重要<br>予防接種の種類の記載が必要です。<br>記載が無い場合は、但し書きによる記載（手書きの場合は、医療機関の証明印が必要）または別途証明書の添付が必要です。<br>「その他」などに金額が書いてあるだけでは、受け付けることができません。 |           |      |    | その他  |
| 保健外負担 | 円        |                                                                                                                           |           |      |    | 円    |
|       | 保険外併用療養費 |                                                                                                                           |           |      |    |      |
|       | 健診代      | 円                                                                                                                         | ③ 3,800 円 | 円    | 円  |      |

宮崎市橘通東1-9-1077インフルエ  
⑤ 共 済 医 院  
0985-26-7242

前未収金 円

請求金額 ③ 3,800円

今回未収金 円

領収金額 ③ 3,800円

領収印

共済  
医院

## ～ Q & A ～

Q 1. 添付する領収書はコピーでも認められますか？

A 1. コピーは認められません。領収書の原本が必要となります。

Q 2. インフルエンザとはしかの予防接種を受けたのですが、両方請求することができますか？

A 2. 補助対象となる予防接種1種類につき1回の補助を行うため、請求できます。ただし、請求書1枚で複数種類の請求はできないため、1種類1葉の提出をお願いします。

Q 3. 請求に当たって特に注意すべきことはありますか？

A 3. 予防接種の種類の記載について以下の点をご確認ください。

- ① 印字された領収書等に予防接種の種類のみが手書きで記載されている場合  
手書きで記載された予防接種名の横に医療機関の証明印の押印が必要となります。
- ② 予防接種の種類が記載された証明書類を別途、添付する場合  
証明書類（領収書明細、予防接種済証など）には、予防接種の種類のほか、氏名と接種年月日の記載が必要となります。

※領収書が複写式であり、予防接種名も複写で記載されている場合、予防接種名がゴム印で押してある場合、予防接種名の記載してあるシールが貼付してある場合は、医療機関の証明印は不要です。

## 文書一括送付用 代表アドレス変更報告書

代表アドレスの変更がありましたので、下記のとおり報告します。

### 記

|          |                              |
|----------|------------------------------|
| 所 属 名    |                              |
| 所属コード番号  |                              |
| 旧 代表アドレス |                              |
| 新 代表アドレス |                              |
| 理 由      | 例：学校が統合したことにより代表アドレスが変更になった。 |

**(処理方法)**

①「文書一括送付用 代表アドレス変更報告書」に必要事項を記入する。

② 公立学校共済組合宮崎支部の代表アドレス宛てに、  
『代表アドレスの変更について』というタイトルで、作成した報告書を添付し、  
メールを送信する。  
代表アドレス：kouritukyousai@pref.miyazaki.lg.jp

**(記入上の注意)**

※「\_」(アンダーバー)と「-」(ハイフン)、  
「0」(ゼロ)と「o」(オー)、「1」(イチ)と「l」(エル)、  
などが分かるように記入してください。

|         |          |
|---------|----------|
| 報 告 日   | 令和 年 月 日 |
| 電 話 番 号 |          |
| 担 当 者 名 |          |

(問い合わせ先) 公共学校共済組合宮崎支部 福利厚生担当 TEL:0985-26-7242

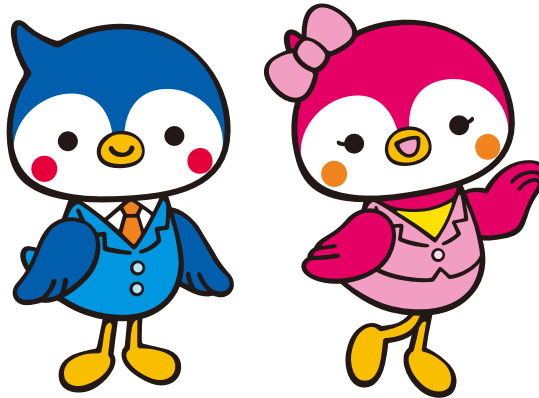
### ○共済組合記入欄

|                    |                          |
|--------------------|--------------------------|
| ウェブメール アドレス帳 登録    | <input type="checkbox"/> |
| ファイル転送システム 登録      | <input type="checkbox"/> |
| ファイル転送システム 旧アドレス削除 | <input type="checkbox"/> |

公立共済健康宣言

「すすめ!健康!!」

イメージキャラクターのコーヘーくんとスズちゃんです。  
どうぞよろしくお願いいたします。



コーヘーくん

スズちゃん

## 宮崎支部のホームページもご覧ください

保健厚生事業実施要項の内容は宮崎支部のホームページでもご覧いただけます。

ホームページアドレス

<https://www.kouritu.or.jp/miyazaki/>

二次元コード



または、

公立学校共済組合宮崎支部

検索

### 公立学校共済組合宮崎支部（宮崎県教育庁財務福利課内）

〒880-8502 宮崎県宮崎市橘通東1丁目9番10号

電話 0985-26-7242（人間ドック、特定健診、各種セミナー等）

電話 0985-26-7243（年金、組合員資格、貸付等）

FAX 0985-25-7137

代表メールアドレス：kouritukyousai@pref.miyazaki.lg.jp