

令和5・6・7年度
公立学校共済組合大阪支部が実施する健診事業に係る健診機関募集要項

1 健診機関の募集

組合員等の健康管理と疾病の早期発見及び健康づくりを目的として、健診事業を実施するため、【別紙1】のとおり健診種別ごとに健診機関を募集する。

契約期間：令和5年4月1日から令和8年3月31日

2 募集・決定等スケジュール及び書類の提出

- ① 募集・決定等スケジュール：【別紙2】参照
- ② 提出書類：【申込書】及び【調査票】
ほか必要書類は各機関によるため【別紙3】参照
※【申込書】及び【調査票】は、エクセルデータで後日メールでも送付すること。
(送付先アドレスについては、担当者メールアドレスに後日送付します。)
※応募書類は理由の如何を問わず、返却しない。
- ③ 提出期間：令和4年11月1日(火)午前10時
～令和4年11月30日(水)午後4時(必着)
- ④ 提出方法：郵送又は持参によること。
- ⑤ 提出先：公立学校共済組合大阪支部(以下「支部」という。)※下記6のとおり

3 募集条件及び選定方法

- ① **募集条件** 【申込書】の「募集条件」をすべて満たすこと。
- ② **選定方法** 応募健診機関数が45を超える場合、【別紙3】の「判断基準」により45以内まで選定する。

4 健診事業の流れ

- ① 健診申込から健診機関・受診日決定まで 【別紙4-1, 2】参照
- ② 健診受付から請求まで 【別紙5】参照

5 目次

・令和5・6・7年度 公立学校共済組合大阪支部が実施する健診事業に係る健診機関募集要項	1
・募集健診種別及び契約金額 【別紙1】	2
・募集・決定等スケジュール 【別紙2】	3
・申込に係る提出書類及び選定方法について【別紙3】	4,5
・健診事業フロー図 健診事業申込から健診機関・受診日決定まで【別紙4-1】	6
・健診事業フロー図補足 健診事業申込から健診機関・受診日決定まで【別紙4-2】	7
・健診事業フロー図 健診受付から請求まで【別紙5】	8
・「共済健診」実施に係るオプション検査補助事業について【別紙6】	9
・指定検査項目【別表1～4】	
共済健診(半日ドック)【別表1】	10
脳ドック【別表2】	11
女性検診【別表3】	12
配偶者健診(半日ドック)【別表4】	13
・斡旋ドック制度について【参考資料】	14
・委任状【参考資料(雛形)】	15
・【申込書】	
・【調査票】	

6 問い合わせ及び提出先

公立学校共済組合大阪支部 健康福祉担当
住所 〒540-8571 大阪府中央区大手前2丁目(大阪府庁別館3階)
電話 06-6941-3991(直通), 06-6941-2866(直通)

令和5・6・7年度 公立学校共済組合大阪支部健診事業
～募集健診種別及び契約金額～

健診事業 健診種別	【参考】 令和4年度 募集人数 (人) (年間枠)	対象者	年齢区分 (年齢は 年度末年齢)	指定 検査 項目	受診者の性別・年齢に よる相違点	契約金額 (税抜) (円)	受診 期間
A 共済健診 (半日ドック) ※4	16,200	現職組合員 任意継続組合員	なし	別表1	女性:子宮頸部細胞診	男性 29,000 女性 31,000	7月～3月
B 脳ドック	700	現職組合員	40歳以上	別表2	なし	33,000	7月～3月
C 女性検診	1,000	現職組合員 (女性のみ)	39歳以下	別表3	乳房超音波検査	10,000	7月～3月
			40歳以上 49歳以下		マンモグラフィ2方向 又は マンモグラフィ1方向 +乳房超音波検査	14,000	
			50歳以上		マンモグラフィ1方向	10,000	
D 配偶者健診 (半日ドック)	850	現職組合員の 被扶養配偶者	40歳以上	別表4	男性:PSA 女性:子宮頸部細胞診	31,000	7月～3月

※1 応募する健診種別は「A 共済健診」以外の種別については単独の応募は不可。
「A 共済健診」「D 配偶者健診」は合わせて年間150人以上受入可能で、男女ともに実施できること。
「C 女性検診」に応募する場合は、すべての年齢区分を実施できること。
なお、健診種別は契約期間中に見直しする場合がある。

※2 各年度の募集人数は、支部の予算に基づき前年度末に決定する。

※3 消費税及び地方消費税は別途支払う。

※4 「A 共済健診」に合わせて、支部指定のオプション検査補助事業を実施する。

「共済健診」実施に係るオプション検査補助事業について【参考資料】参照

令和5・6・7年度 公立学校共済組合大阪支部健診事業

～募集・決定等スケジュール～

	内 容	実施者	日 時
1	公立学校共済組合大阪支部ホームページにおいて公示	支部	令和4年11月1日(火)
2	申込受付期間	支部 健診機関	令和4年11月1日(火) 午前10時から 令和4年11月30日(水) 午後4時まで
3	質問受付期間(文書または電子メールで受付) 電子メール送付先 kashituke.fukushi27@kouritu.or.jp (公立学校共済組合大阪支部 健康・福祉グループ)	支部 健診機関	令和4年11月1日(火) 午前10時から 令和4年11月11日(金) 午後4時まで (必着)
4	質問に対する回答日(ホームページ上で回答。個別には回答しない)	支部	令和4年11月18日(金)
5	書類提出期限 【申込書】、【調査票】及び【別紙3】に記載する書類の提出	健診機関	令和4年11月30日(水) 午後4時まで (必着)
6	審査結果決定通知(健診機関所在地へ送付予定)	支部	令和4年12月下旬(予定)
7	事業説明会を開催 【調査票】に記載した①～③の書類を提出	支部 健診機関	令和5年1月下旬(予定)
8	契約締結	支部 健診機関	令和5年4月1日(土)
9	受診期間(令和5年度)	健診機関	令和5年7月1日～令和6年3月31日

令和5・6・7年度 公立学校共済組合大阪支部健診事業

～申込に係る提出書類について～

法人の場合

- 法務局が発行する
商業・法人登記の登記（履歴又は現在）事項全部証明書〈原本又はコピー〉
※申込時点で発行日から3箇月以内のもの。
- 大阪府の府税事務所が発行する府税（全税目）の納税証明書〈原本又はコピー〉
※申込時点で発行日から3箇月以内のもの。
※「府税及びその附帯徴収金に未納の額のないこと」を証明するもの。（年度の指定はありません。）
※大阪府内に事業所を有しない場合は、本店管轄の都道府県税の未納の額のないことの納税証明書に代える。
- 本店管轄の税務署が発行する消費税及び地方消費税の納税証明書〈原本又はコピー〉
※申込時点で発行日から3箇月以内のもの。
※「消費税及び地方消費税の未納の額のないこと」を証明するもの。（最近1事業年度。）
※証明様式その3（その3の2、その3の3でも可）、又はその1（課税額・納税額記載の証明）のいずれか。
- 病院等開設許可〈コピー〉
※健診機関所在地が確認できるもの。
- 健診機関のパンフレット（1部）
- ≪契約者と健診機関代表者が異なる場合≫委任状
※雛形【参考資料】にある事項があれば、様式は問わない。

個人の場合

- 代表者の本籍地の市区町村が発行する身分証明書の原本又はコピー
※申込時点で発行日から3箇月以内のもの。
※禁治産者、準禁治産者、破産者でないことの証明。
- 法務局が発行する
成年後見登記に係る代表者の登記されていないことの証明書〈原本又はコピー〉
※申込時点で発行日から3箇月以内のもの。
※成年被後見人、被保佐人、被補助人でないことの証明。
- 大阪府の府税事務所が発行する府税（全税目）の納税証明書〈原本又はコピー〉
※申込時点で発行日から3箇月以内のもの。
※「府税及びその附帯徴収金に未納の額のないこと」を証明するもの。（年度の指定はありません。）
※大阪府内に事業所を有しない方は、本店管轄の都道府県税の未納の額のないことの納税証明書に代える。
- 本店管轄の税務署が発行する消費税及び地方消費税の納税証明書〈原本又はコピー〉
※申込時点で発行日から3箇月以内のもの。
※「消費税及び地方消費税の未納の額のないこと」を証明するもの。（最近1事業年度。）
※証明様式その3（その3の2、その3の3でも可）、又はその1（課税額・納税額記載の証明）のいずれか。
- 病院等開設許可〈コピー〉無床診療所の場合は、開設届出書のコピー
※健診機関所在地が確認できるもの。
- 健診機関のパンフレット（1部）
- ≪契約者と健診機関代表者が異なる場合≫委任状
※雛形【参考資料】にある事項があれば、様式は問わない。

～応募健診機関数が定数を越えた場合の選定方法について～

応募健診機関数が45を超えた場合、以下の判断基準による加点を行い、健診機関を選定する。

なお、健診機関所在地の偏りがないように大阪市内、堺市内、豊能地域・兵庫県、三島地域・北河内地域・京都府、中河内地域・南河内地域・奈良県、泉北地域・泉南地域・和歌山県の6エリアに分けて選定を行う。

※下記の提出書類は、必須ではなく任意とする。

※認証マークが印刷されている名刺やパンフレットをすでに当支部へ提出している場合は、改めて提出しなくてよい。ただし、確認できる提出書類がない場合はその項目では加点されない。

判断基準	提出書類
健診事業者もしくは健診施設として十分な調査・評価・認定を、学会を含めた公的機関から受けているか	機能評価・認定証明書（写し） 例）人間ドック協会 健診施設機能評価 日本総合健診医学会優良施設認定 など
個人情報について適切な保護措置を講ずる体制を整備しているか	プライバシーマーク または ISO27001/ISMS の認証マーク（写し）
半日ドックのほかに脳ドック、女性検診、配偶者健診を実施できるか	【申込書】より判断
特定保健指導を健診当日に行えるか（注）	【調査票】より判断
胃透視検査は胃カメラへ変更可能か	【調査票】より判断
胸部X線の価格設定	【調査票】より判断
無料オプションの提供数	【調査票】より判断
昨年度までの業務実績等	【調査票】より判断 令和2・3・4年度の契約健診機関については、当支部の申込者数についても実績として考慮する

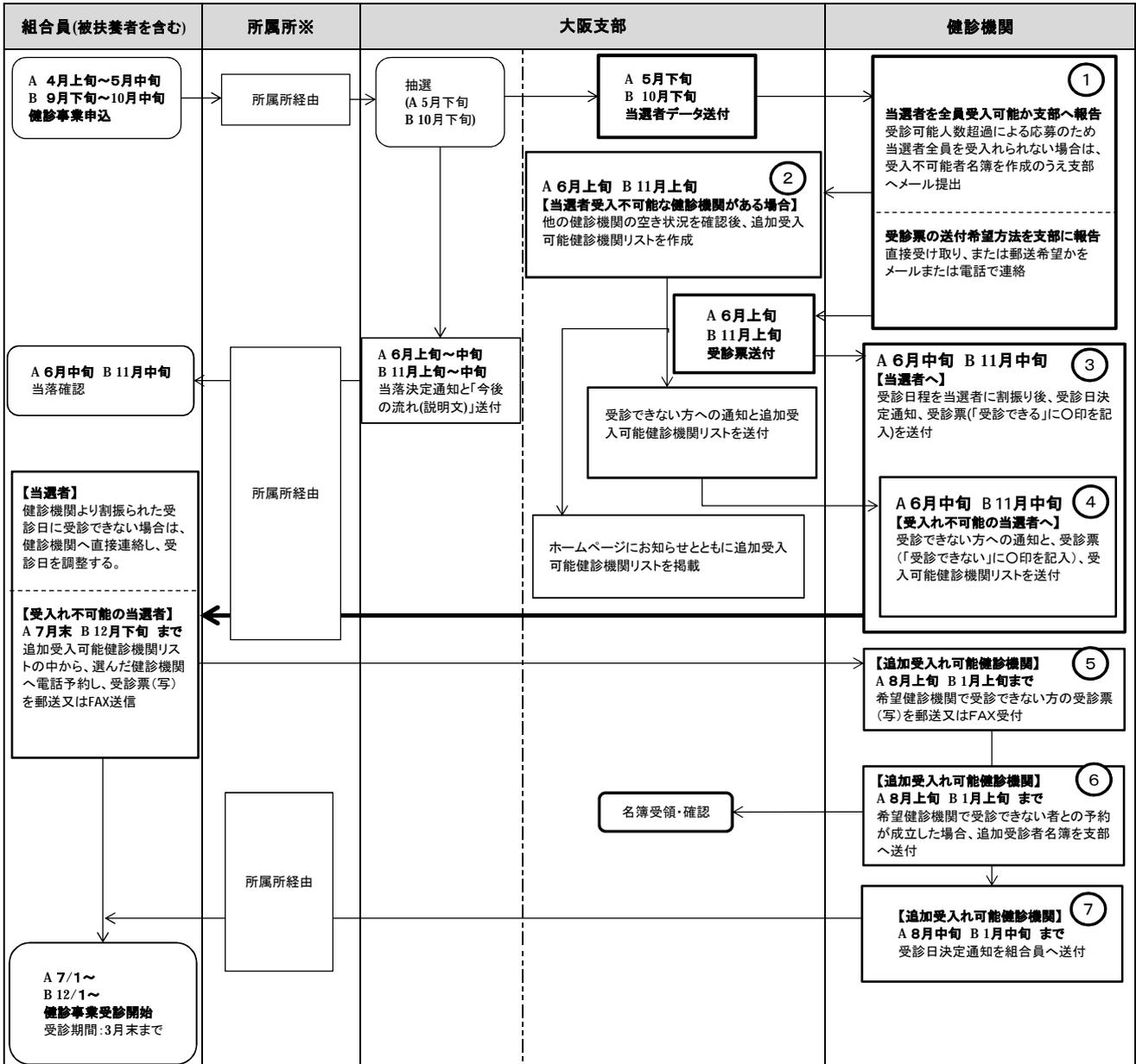
（注）ここでは、「健診当日に受診者の健診結果の階層化を行い、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。）に基づいた特定保健指導対象者（受診勧奨者を含む）に、特定保健指導の利用勧奨を行い、同意を得られた者に対して特定保健指導を実施することができる」ことを判断基準としています。（初回面接を分割実施で行う場合を含みます。ただし、動機づけ支援および積極的支援の両方の指導を行える機関のみ実施可とします。）

令和5・6・7年度公立学校共済組合大阪支部 健診事業フロー図

～健診事業申込から健診機関・受診日決定まで～

フロー図 (A:第1期 B:第2期の日程とする)

①～⑦は【別紙4-2】の説明文に対応



※任意継続組合員は所属所を経由せず、支部に直接申込書を送付し、決定通知、受診票等も自宅住所あてに送付する。

(イメージ図)

③及び④の受診票

【健診種別名】受診票

氏名・組合員証番号・生年月日
健診機関名: ●●● 受診できる (日程別紙)

○ 受診できない(手続き説明)

本人記入欄

受診日
受診健診機関名

④の希望健診機関で受診できない方への通知

希望健診機関で受診できない方へ

公立学校共済組合大阪支部
受入れ不可があった健診機関名

今後の手続き(通知)

【記載内容】

- 当選された健診受診の権利を有していること。
- 申込者多数のため、希望健診機関においては受診できないこと。
- 同封のリストのうち当選された健診種別を実施している機関へ、支部指定日(7月末or11月末)までに受診者自身で予約すること。
- 支部指定日までに予約しなかった場合は、共済健診の権利が

令和5・6・7年度公立学校共済組合大阪支部 健診事業フロー図

～健診事業申込から健診機関・受診日決定まで～

A: 第1期 B: 第2期の日程とする

①	支部は、健診機関に、当該健診機関を希望した当選者データ(※)を提供する。(A: 5月下旬、B: 10月下旬)データ受領後1週間以内に、健診機関は、当選者全員の受け入れが可能かどうかを支部へ報告する。 なお、健診機関は、当選者数が「申込書」に記入した受入可能人数を超える場合であっても、可能な限り多くの当選者を受け入れること。 ただし、受け入れができない当選者が出る場合は、受診できない者を健診機関にて決定し、受入れ不可能者リストを作成し支部あてに報告する。
②	①により受け入れができない当選者がいる健診機関がある場合、他の健診機関へ、追加受け入れが可能か支部にて確認し、受入可能健診機関リスト(以下、「リスト」という。)を作成。リストに掲載する健診機関へ記載箇所に誤りがないか確認のうえ、支部ホームページへ掲載(A: 6月中旬、B: 11月中旬)
③	健診機関は、当選者に受診日を割振り、受診日決定通知(健診機関が作成)及び受診票(「受診できる」に○印を記入)を所属所経由で本人に送付する。(A: 6月中旬、B: 11月中旬で支部が送付日を指定する。④と同日に送付する。) なお、当選者が割振られた受診日に受診できない場合、速やかに健診機関に連絡し、受診日を変更する。
④	①により、受け入れができない当選者がいる健診機関は、受診できない方への通知(支部作成書類)と受診票(「受診できない」に○印を記入)をリストとともに所属所経由で本人に送付する。(A: 6月中旬、B: 11月中旬で支部が送付日を指定する。③と同日に送付する。)
⑤	健診機関は、「受診できない」に○のある当選者とA: 7月末、B: 12月下旬までに予約が成立した場合、追加受診者名簿を支部指定日(A: 8月上旬、B: 1月上旬)までに支部に送付する。
⑥	健診機関は⑤の予約者に、受診日決定通知を所属所経由で本人に送付する。

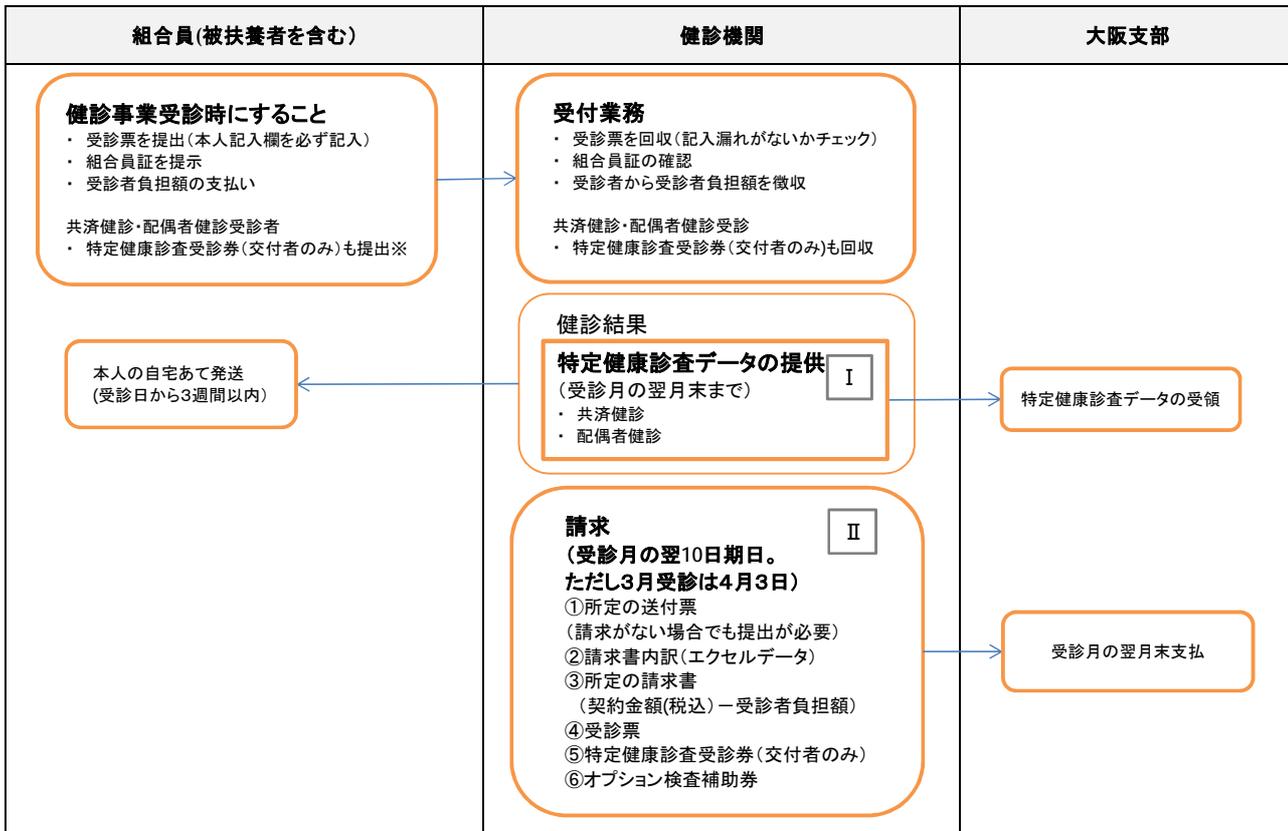
※ 当選者データとは、健診種別・組合員証番号(被保険者番号)・氏名・カナ氏名・生年月日・性別・年齢区分・希望健診機関名・所属所名(現職組合員)・所属住所(現職組合員)など受診票送付や請求にあたっての必要事項を記載しているエクセルデータです。

【参考】希望健診機関で受診できない方の手続き手順

- ①本人が受診可能健診リストより健診機関を選び、直接電話で予約する。
 - ②予約完了後、3日以内に本人より健診機関へ受診票コピーを郵送、またはFAX送信する。
 - ③健診機関は予約者に、受診日決定通知(健診機関が作成)を所属所経由で本人に送付する。**受診票の再発行は行いません。**
- 注) 本人が支部指定日(A: 7月末、B: 12月下旬)までに①の手続きをしなかった場合は、当選の権利を無効とする。

令和5・6・7年度公立学校共済組合大阪支部 健診事業フロー図

～健診受付から請求まで～



※ 特定健康診査受診券は、当該年度末40歳以上の被扶養配偶者及び任意継続組合員に7月ごろに交付する。
現職の組合員及び年度末年齢40歳未満の任意継続組合員へは交付しない。

I 申込書項目2で、「A 共済健診」・「D 配偶者健診」に応募した健診機関のみ提出。
特定健康診査の実施結果について、厚生労働省の定める電子的標準様式に基づく電子データとして作成し、
受診月ごとに取りまとめ、CDにより受診月の翌月末までに提出すること。

II 請求については、期日(受診月の翌月10日。ただし3月受診は4月3日)までに郵送又は持参すること。
毎月提出するもの

①所定の送付票。請求がない場合(受診者がなかった場合)も、上記期日までに提出が必要。

請求がある場合に提出するもの

②請求書内訳(エクセルデータ)は、期日までに指定したメールアドレスへ送付すること。
(請求書内訳とは、支部から各健診機関に提供する当選者データに健診機関が受診月日等を入力したデータである。)

③所定の請求書、④受診票、⑤特定健康診査受診券(共済健診・配偶者健診受診者のうち交付者のみ)
(③所定の請求書、④受診票は健診種別ごとにまとめて提出)

⑥オプション検査補助券(共済健診受診票の裏面)【参考資料】参照

令和5・6・7年度「共済健診」実施に係る オプション検査補助事業について

オプション検査補助事業とは

- 1 「A 共済健診」で、当支部が認める全額自己負担のオプション検査を追加受診した場合、支部が一定額の補助をする事業を実施する。(以下、「本事業」という。)
- 2 「B 脳ドック」「C 女性検診」「D 配偶者健診」は本事業の対象外。
- 3 「A 共済健診」の当選者の受診票裏面に「オプション検査補助券」がある。
受診者はこの券を利用することにより、本事業を受けることができる。
- 4 本事業を実施した健診機関は、共済健診の料金を請求する際に所定の請求書及び請求書内訳を支部へ提出することにより、本事業にかかる請求を行う。
- 5 請求書内訳は、健診機関が当選者データ（5月下旬および10月下旬に支部から提供）に、検査補助請求額（補助額又は補助額未満の検査実施の場合は実費）及び検査名を入力し作成する。

【注意事項】

- (1) 補助券を利用できる検査は、「A 共済健診」の当日に受診できるものに限る。
(補助券のみの利用はできない。)
- (2) 組合員が、検査申込時に本事業を利用する旨申し出ることにより実施する。
- (3) 本事業の対象となる検査費用の合計金額が補助額を超える場合は、補助額を超えた額を本人から徴収する。(補助額内の場合は、本人負担額はなし。)
- (4) 下記の検査等は、本事業の対象外とする。それ以外は原則として、全てのオプション検査に本事業を適用すること。
 - ・ 共済健診と同日に実施できない検査
 - ・ 食事又は宿泊を含む検査に係る経費
 - ・ 他に公費負担のある検査
 - ・ 他の機関への提携・斡旋による検査
- (5) 胸部エックス検査については必ず本事業の対象とすること。ただし、無料オプションとして実施する場合は除く。

令和5・6・7年度公立学校共済組合大阪支部 共済健診（半日ドック）

コース	共済健診（半日ドック）契約金額 男性29,000円（税抜） 共済健診（半日ドック）契約金額 女性31,000円（税抜）
検査区分	指定検査項目 （* 特定健診検査項目を含む）
診察等	問診（* 特定健診必須項目を含む） 内科診察（聴打診） 婦人科診察 身長・体重・BMI・腹囲* 血圧* 結果説明（※当日判定できる検査項目で可）
呼吸器系	肺機能検査（努力性肺活量・フル・リムカブ・1秒率） なお、努力性肺活量・フル・リムカブ・1秒率のいずれか1つの項目でも可
消化器系	胃透視X-P又は胃カメラ 便潜血（2回法）
腎臓系	尿検査（糖・蛋白）* 尿検査（潜血） クレアチン*・尿酸・BUN・Ca eGFR*
血液系	赤血球・Hb・Ht* 白血球 MCV・MCH・MCHC 血小板
胆嚢系	腹部超音波
肝臓系	GOT・GPT・γ-GTP* ALP・T-Bil・TP ALB・A/G ChE
循環器系	心電図（12誘導）* T-Chol HDL-Chol・TG* LDL-Chol（直接法）* Non-HDL-Chol*
内分泌系	空腹時血糖* HbA1c（NGSP値）*
血清反応	血清アミラーゼ
聴力系	簡易聴力検査（1000Hz、4000Hz）
視機能系	視力 眼底検査（両眼）（眼底カメラ）*
子宮（女性）	子宮頸部細胞診（自己採取不可）
その他	特定健康診査にかかる「標準的な質問票」* 特定健康診査にかかる結果データ作成・納品

令和5・6・7年度公立学校共済組合大阪支部 脳ドック

コース	脳ドック契約金額 33,000円（税抜）
検査区分	指定検査項目
診療指導	問診 医師による診察・結果説明（※当日判定できる検査項目で可） 身長・体重・BMI 血圧
中枢系	脳MRI・MRA 頸動脈超音波検査

磁気共鳴画像装置(MRI)

磁気共鳴血管撮影(MRA)

コース	①女性検診（39歳以下）	②女性検診（40歳以上49歳以下）	③女性検診（50歳以上）
	契約金額 10,000円（税抜）	契約金額 14,000円（税抜）	契約金額 10,000円（税抜）
検査区分	指定検査項目	指定検査項目	指定検査項目
診療指導	問診 診察及び結果説明 （※当日判定できる 検査項目で可）	問診 診察及び結果説明 （※当日判定できる 検査項目で可）	問診 診察及び結果説明 （※当日判定できる 検査項目で可）
乳房	乳房超音波検査	マンモグラフィ2方向 又は マンモグラフィ1方向 ＋ 乳房超音波検査	マンモグラフィ1方向
子宮	子宮頸部細胞診(自己採取不可)	子宮頸部細胞診(自己採取不可)	子宮頸部細胞診(自己採取不可)
骨塩量	骨塩定量検査	骨塩定量検査	骨塩定量検査

令和5・6・7年度公立学校共済組合大阪支部 配偶者健診(半日ドック)

コース	配偶者健診（半日ドック） 契約金額 31,000円（税抜）
検査区分	指定検査項目 （* 特定健診検査項目を含む）
診察等	問診（* 特定健診必須項目を含む） 内科診察（聴打診） 婦人科診察 身長・体重・BMI* 腹囲* 血圧* 結果説明（※当日判定できる検査項目で可）
呼吸器系	胸部エックス線検査（1方向）
消化器系	胃透視X-P又は胃カメラ 便潜血（2回法）
腎臓系	尿検査（糖・蛋白）* 尿検査（潜血） クレアチン*・尿酸・BUN・Ca eGFR*
血液系	赤血球・Hb・Ht* 白血球 MCV・MCH・MCHC 血小板
胆嚢系	腹部超音波
肝臓系	GOT・GPT・γ-GTP* ALP・T-Bil・TP ALB・A/G ChE
循環器系	心電図（12誘導） T-Chol HDL-Chol・TG* LDL-Chol（直接法）* Non-HDL-Chol*
内分泌系	空腹時血糖* HbA1c（NGSP値）*
血清反応	血清アミラーゼ
聴力系	簡易聴力検査（1000Hz、4000Hz）
視機能系	視力 眼底検査（両眼）（眼底カメラ）*
子宮（女性）	子宮頸部細胞診（自己採取不可）
前立腺（男性）	PSA
その他	特定健康診査にかかる「標準的な質問票」* 特定健康診査にかかる結果データ作成・納品

令和5・6・7年度幹旋ドック制度について

令和5年度以降も幹旋ドック制度を実施したいと考えていますが、この制度は募集条件ではありません。

幹旋ドック制度については、支部からの組合員あて募集通知に掲載します。

■幹旋ドック制度とは

公立学校共済組合の人間ドック事業（うち共済健診）については、毎年3,000人ほどの落選者が出ている状況です。

そのため、落選者のための幹旋ドック制度（一般料金より割引のある料金設定）を実施していただけるよう、各健診機関様へご協力をお願いしております。

※幹旋ドック制度につきましては、公立学校共済組合が差額分を補助するものではありませんのでご注意ください。

【幹旋ドック制度詳細】

対象者（健診機関の決定により異なる）	公立学校共済組合の組合員（現職本人・被扶養者・任継本人・任継被扶養者）。
検査項目（健診機関の決定により異なる）	「共済健診」基本項目 + 胸部X線
料金（健診機関の決定により異なる）	一般料金より割引のある料金で、各健診機関が定める料金。
幹旋ドック受診結果	XMLデータの提供は不要。当日指導については当日指導契約の際にお知らせしています
組合員への周知	公立学校共済組合大阪支部のホームページ（組合員専用ページ）に掲載します。

【幹旋ドック予約方法】

組合員等受診者本人が、健診機関に直接連絡し予約を取る。予約状況等について、共済組合への報告は不要です。

【健診料金の請求及び支払について】

健診機関は、各自定める幹旋ドック料金を受診日当日に受診者本人に全額請求してください。

※ 公立学校共済組合大阪支部からの補助はありません。

委任状

令和 4 年 1 月 2 9 日

↑

申込書等の記入日と同一日をお願いします。

公立学校共済組合大阪支部長 様

所在地 大阪市中央区大手前 2

名称 社会福祉法人 公立会 学校病院

代表者職・氏名 理事長 組合 支部

印

社会福祉法人

私儀 公立会 学校病院 院長 大阪 共済 を代理人と定め下記業務に関する契約、請求及び請負代金の受領に関する一切の権限を委任いたします。

記

1 業務名

令和 5 ・ 6 ・ 7 年度公立学校共済組合大阪支部が実施する健診事業

2 委任の期間

令和 4 年 1 月 2 9 日から令和 8 年 3 月 3 1 日まで

↑

申込書等の記入日と同一日をお願いします

3 使用印鑑



(注)この委任状様式でなくても、上記必要事項があれば提出可能です。