



Q&A

01

どの健診を受けたらよいかわかりません。

まずは、かがやきメイト健康診断(無料、受診券不要)の利用をぜひご検討ください(P.2～22参照)。
かがやきメイト健康診断では、定期健診項目(胸部X線や心電図を含む)を無料でご利用いただけます。
さらに、オプション検査にも上限5,000円の補助が適用されます。

希望の医療機関でかがやきメイト健康診断の実施がない場合等で、一般の特定健康診査の受診を希望する方は、郵送にて「特定健康診査受診券発行願」(P.25)を東京支部に提出して受診券を受領してください。

Q&A

02

特定健康診査の検査項目を教えてください。

生活習慣病予防に重点を置いた以下の項目です。

- 身体計測(身長・体重・BMI・腹囲) ○理学的検査(身体診察)
- 血圧測定 ○質問票(服薬歴、喫煙歴等) ○尿検査(糖・蛋白)
- 血糖検査(空腹時血糖もしくは随時血糖、HbA1c) ○肝機能検査(GOT・GPT・γ-GTP)
- 脂質検査(中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール又はNon-HDLコレステロール)

なお、パート先等に健康診断結果を提出する必要がある場合、特定健康診査のみでは項目が足りませんので、かがやきメイト健康診断の受診をご検討ください。

Q&A

03

パート先で健康診断を受診したので、特定健康診査は受診しなくてもよいでしょうか。

今年度すでにご自身で特定健康診査(Q2参照)に相当する健康診断を受けている場合は、「令和4年度勤務先(パート先)等の健診結果送付シート」(P.24)に全てご記入の上、健診結果のコピーを添付して同封の返信用封筒でご提出願います。

ご提出いただくことで特定健康診査を受診したことになり、生活習慣のアドバイス等を記載した結果のお知らせを送付するほか、健康ポイント(1,000ポイント)を付与します(書類に不備がない場合に限りです)。

Q&A

04

持病があり、定期的に通院しているのですが、特定健康診査を受診しなければいけないでしょうか。また、受診しない場合はどうなるのですか。

受診の必要性は共済組合では判断できませんが、継続的に医療機関を受診していて、ご自身の健康状態を医学的に管理されている方の場合、必ずしも特定健康診査の受診をいただく必要はないかと思います。ただし、未受診の方には受診勧奨のお知らせを送付しますので、ご了承ください。

なお、特定健康診査に相当する健康診断を受けている場合は、上記Q3のAのとおり、「令和4年度勤務先(パート先)等の健診結果送付シート」等をご提出ください(血液検査のみ実施しているなどで、特定健康診査の項目を満たしていない場合は、健診結果の提出は必要ありません)。

Q&A

05

検査項目のうち、受診を希望しない項目がある場合、検査を省略できますか。

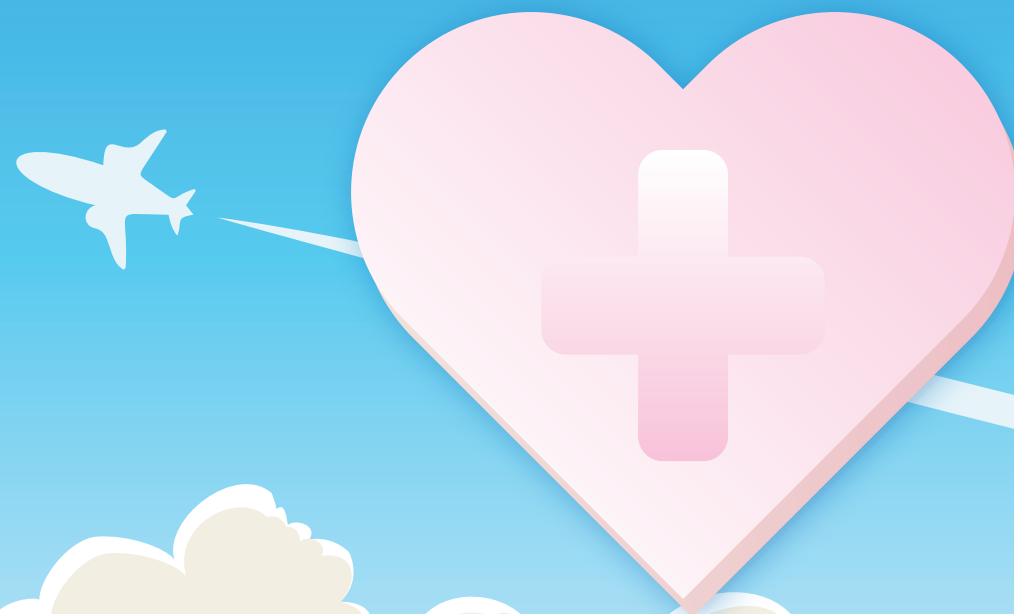
それぞれの健診の検査項目を省略することはできません(オプション項目を除く)。省略する(した)場合は、ご利用対象外ですので、健診料金は全額自己負担となります。ご注意ください。

令和4年度

特定健診

のご案内

40歳～74歳の組合員の
被扶養者・任意継続組合員の皆さまへ



CONTENTS

- P.1 健診事業一覧
- P.2 かがやきメイト健康診断
- P.3 かがやきメイト健康診断(施設型)
- P.5 かがやきメイト健康診断(巡回型)
- P.7 かがやきメイト健康診断(申込書)
- P.9 健診機関リスト(かがやきメイト健康診断)
- P.23 健診結果ご提出のお願い
- P.25 特定健康診査受診券発行願
- P.26 サービスラインナップ



健 診 事 業 一 覧

以下のいずれかの健診を受診しましょう。
※重複受診はできませんので、よくご検討の上
受診してください。

ポイント	特定健康診査	かがやきメイト健康診断 (施設型・巡回型)	人間ドック
	メタボ健診	職場の定期健診と同じ項目	身体各部位の精密検査
こんな方におすすめ	・胸部X線、心電図は不要 ・希望の健診機関でかがやきメイト健康診断の実施がない	・無料で定期健康診断と同じ健診項目を受診したい ・がん検査や女性健診等のオプションも利用したい	・腹部超音波検査など、より精密な健診を受けたい
検査項目	・特定健診項目のみ (項目は裏表紙「よくあるお問合せ」Q2を参照してください。)	・定期健診項目 (特定健診項目+胸部X線、心電図等) ・オプション (大腸、胃、乳房、子宮、腫瘍マーカー、骨密度)	・基本ドック項目 ・オプション (肺、乳房、子宮、脳、骨盤、Lox-index、AICS、腸内フローラ)
受診期限	令和5年1月31日(火)	令和5年1月31日(火)	令和5年2月28日(火)
自己負担額	無 料	無 料 さらに、オプション検査にも上限5,000円の補助有	・基本ドック:7,500円～ ・オプション検査 (0円～27,500円)
受診場所	全国の医療機関 ※東京支部ホームページで確認できます。	(施設型) 全国の医療機関(P.9～15) (巡回型) 指定会場で巡回健診車等を利用(P.16～22)	関東圏の56指定医療機関 ※東京支部ホームページまたは かがやきメイト利用ガイド折込チラシで 確認できます。
受診方法	①「特定健康診査受診券発行願」 (P.25)を東京支部に提出※ ②特定健康診査受診券の受領 ③医療機関に予約 ④受診	→P.2～22へお進みください。	①医療機関に予約 ②人間ドック利用券発行の手続き ③人間ドック利用券の受領 ④受診
詳細の確認方法	・東京支部ホームページ (特定健康診査・特定保健指導の手続き) https://www.kouritu.or.jp/tokyo/tetsuduki/tokutei/index.html 	・本冊子(P.2～22)	・東京支部ホームページ (人間ドック事業の実施について) https://www.kouritu.or.jp/tokyo/kousei/ningendock/dock_jigyuu/index.html 

※過去、発行願により申請され、本案内に特定健康診査受診券が同封されている方は、発行願の提出は不要です。



いずれの健診を受診しても、特定健診を受診したことになります。また、健診結果によりメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の方には、生活習慣の改善をサポートする特定保健指導を実施します。対象となった方には個別にご案内しますので、必ず利用しましょう。なお、受診期間の締切りが近付くと予約が取りにくくなりますので、早めに受診してください。未受診の方には、令和4年11月頃に受診を勧めるお知らせを送付予定です。

40歳以上
74歳以下

組合員の被扶養者、任意継続組合員の方へ

かがやきメイト健康診断

かがやきメイト健康診断では、定期健診と同じ項目の「生活習慣病健診」を無料で受診できます。
希望によりオプション検査を追加することもできます。



対象者 ①組合員の被扶養者 ②任意継続組合員
③ ②の被扶養者

種 類 医療機関で行う「施設型」(ハピルス生活習慣病健診B1) P.3へ

または

指定会場で巡回健診車等を用いて行う「巡回型」P.5へ

受診料金 無 料 (40歳以上74歳以下)
オプション検査(任意): 上限5,000円まで補助

受診期間 令和5年1月31日(火)まで

生活習慣病健診の
検査項目

定期健診と同じ項目が受けられます。希望によりオプション(エコー、マンモグラフィーなど)検査も追加できます。ただし、種類及び料金は医療機関によって異なります。

分類	検査項目	分類	検査項目	分類	検査項目
問 診	特定健診	尿	尿糖	脂 質	総コレステロール
	標準的な質問票22項目を含む		潜血		HDLコレステロール
	医師診察(問診)	血液一般	赤血球		LDLコレステロール
	自覚症状		白血球	糖 質	中性脂肪
基 本	他覚症状		ヘマトクリット		空腹時血糖もしくは随時血糖
	身長・体重		ヘモグロビン	腎機能	HbA1c
	腹囲測定	肝機能	血小板数		クレアチニン
	BMI		MCV-MCH-MCHC	胸 部	尿酸
	座位血圧(収縮期/拡張期)		AST(GOT)		胸部X線
	視力(裸眼・矯正)		ALT(GPT)	心電図	心電図
	聴力検査(オーディオ)		γGTP		
尿	蛋白		ALP		

※太字は特定健康診査項目

注意事項

- 申込み後にキャンセルする場合は、健診予約受付センター(0800-8880-234)に連絡してください。ただし、予約確定通知書を受領後、予約をキャンセル又は変更をする場合は、健診機関にも必ずご連絡ください。
- 40歳以上74歳以下の方は、かがやきメイト健康診断の受診をもって特定健康診査の実施としますので、**同一年度以内においてかがやきメイト健康診断、特定健康診査、人間ドックの重複受診はできません。**
- 40歳以上74歳以下の方で、特定健診の結果により健康の保持に努める必要がある方には「特定保健指導」(P.26参照)を実施します。対象となった方には別途ご案内します。
- 40歳以上74歳以下の方の特定健康診査の結果については、公立学校共済組合東京支部にて保持・管理する場合があります。
- 受診資格のない期間での受診については、健康診断及びオプション検査に係る補助金額をご返還いただきますのでご注意ください。

かがやきメイト健康診断 施設型 お申込み方法

対象期間 受付 令和4年6月15日(水)から 令和5年1月17日(火)まで
受診 令和4年6月29日(水)から 令和5年1月31日(火)まで

お申込み先：ベネフィット・ワン健診予約受付センター

P.9～15の「施設型健診医療機関リスト」または「Webサイト」から受診機関を選択し、**受診希望日の2週間前まで**に下記のいずれかの方法でお申込みください。
お手元に「公立学校共済組合員証」をご用意ください。

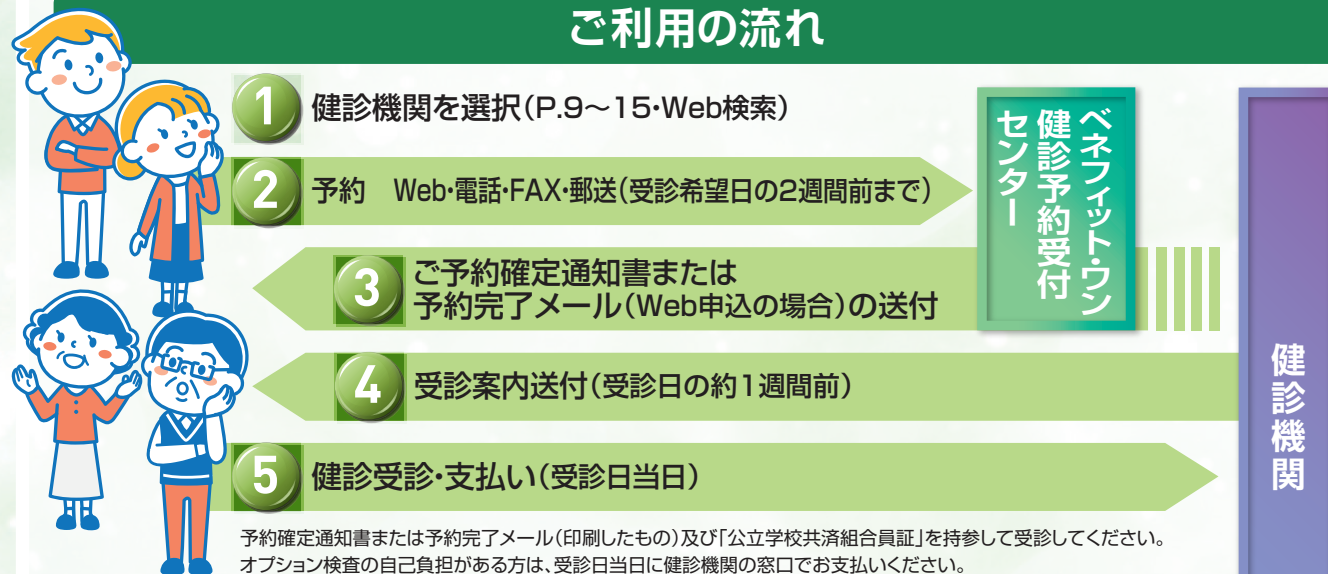
Web PC／スマートフォン
P.4「お申込みの流れ(Webの場合)」参照

電話 ベネフィット・ワン 健診予約受付センター 平日 10:00～21:00
0800-8880-234 (フリーコール) 土・日・祝日 10:00～18:00 (年末年始を除く)

FAX **0800-9199-030**
P.7「令和4年度かがやきメイト健康診断(施設型)(ハピルス生活習慣病健診B1)申込書」をご利用ください。

郵送 P.7「令和4年度かがやきメイト健康診断(施設型)(ハピルス生活習慣病健診B1)申込書」にご記入の上、下記住所にお送りください。
〒790-8790 愛媛県松山市藤原2-8-8 株式会社ベネフィット・ワン 健診予約受付センター ※同封の返信用封筒をご利用ください。

ご利用の流れ



利用者 結果通知(受診日から約1か月)

予約の変更取消し ※予約日等の変更及び取消しは、すみやかに下記へご連絡ください。
1「受診日等の決定通知」到着前→健診予約受付センター(0800-8880-234)
2「受診日等の決定通知」到着後→ハガキに記載された健診実施機関へご連絡ください。

※健診機関には「ハピルス生活習慣病健診B1」という名称で予約されます。

お申込みの流れ(Webの場合)

かがやきメイトホームページより医療機関を検索、お申込みください



※画面イメージおよび利用方法は変更となる場合がございます。

6

令和4年度かがやきメイト健康診断申込書

(施設型)(ハピルス生活習慣病健診B1)

コード	
603	2

郵送の場合 株式会社ベネフィット・ワン
健診予約受付センター宛

※同封の返信用封筒にてお申込みください。

FAXの場合 FAX : 0800-9199-030
へ送信してください。

個人情報の利用目的について

記入していただく個人情報は、公立学校共済組合東京支部より委託された業務のために、健診機関・運送機関・その他関係する第三者に提供されることをご同意の上お申込みください。

健診の受診について

受診当日に公立学校共済組合東京支部の被扶養者・任意継続組合員の資格がある方に限ります。資格喪失後の受診に関しては全額自己負担となりますのでご注意ください。

記入日	西暦	2	0			年			月			日										
組合員証番号	記号	公立東京		番号												枝番						
受診者氏名 ※左づめで記入 ※アルファベット表記の場合は枠を 気にせずにご記載ください。	セイ											メイ										
	姓											名										
生年月日	西暦	1	9			年			月			日	性別	☐ 男性		☐ 女性						
日中連絡先 ※左づめで記入	自宅					-						-				ご希望の 連絡先	☐ 自宅					
	携帯					-						-					☐ 携帯					
連絡のつきやすい時間帯	☐ 10～12時		☐ 12～18時		☐ 18～21時		☐ 時		～		時											
資格区分	☐	被扶養者																				
	☐	任意継続組合員本人																				
現住所	〒 -																					
マンション・建物名																						
送付先住所 ※現住所と異なる場合のみ ご記入ください。	〒 -																					
※勤務先に送付希望の場合は部署名も記入してください。																						
希望健診機関 ※健診機関一覧から 選択してください。	第①希望	コード										健診機関名										
	第②希望	コード										健診機関名										
	第③希望	コード										健診機関名										
希望日 ※第三希望まで 記入してください。	申込日より2週間以上先の日程でお申込みください。										左記の受診希望日以外での希望条件 混雑等でご希望に沿えない場合の参考情報になりますので、 必ずご記入ください。											
	第①希望				月			日		曜日												
	第②希望				月			日		曜日	ご都合の つかない曜日	月	火	水	木	金	土					
	第③希望				月			日		曜日	ご都合の つかない月日	月	日	月	日	月	日					
	第④希望				月			日		曜日	手配優先順位	☐ 希望日		☐ 健診機関								
	第⑤希望				月			日		曜日	希望日優先 ⇒ 健診機関よりも希望日を優先し、予約いたします。 健診機関優先⇒希望日より健診機関を優先し、予約いたします。											

オプション検査 (希望時のみチェック) (料金は医療機関によって 異なります。)	☐	大腸がん(便潜血)	☐	大腸内視鏡	☐	腹部エコー	☐	胃部X線(バリウム)
	☐	胃内視鏡(経口)	☐	胃内視鏡(経鼻)	☐	乳がん (マンモグラフィ)	☐	乳がん(エコー)
	☐	子宮がん (子宮頸部細胞診)	☐	骨密度	☐	腫瘍マーカー (AFP:肝臓)	☐	腫瘍マーカー (CEA:消化器)
	☐	腫瘍マーカー (CA125:卵巣・子宮)	☐	腫瘍マーカー (CA19-9:膵臓・胆道)	☐	ピロリ菌	☐	甲状腺エコー
	☐	喀痰細胞診						

- 本申込書1枚につき、1名様分のお申込みとなります。 ●お申込みは受診希望日の2週間前までにお願いします。
- 記入された申込書の控えを保管してください。

問合せ先 株式会社ベネフィット・ワン健診予約受付センター 電話：0800-8880-234

令和4年度かがやきメイト健康診断申込書

(巡回型)

コード	
603	1

郵送の場合 株式会社ベネフィット・ワン
健診予約受付センター宛

※同封の返信用封筒にてお申込みください。

FAXの場合 FAX : 0800-9199-030
へ送信してください。

個人情報の利用目的について

記入していただく個人情報は、公立学校共済組合東京支部より委託された業務のために、健診機関・運送機関・その他関係する第三者に提供されることをご同意の上お申込みください。

健診の受診について

受診当日に公立学校共済組合東京支部の被扶養者・任意継続組合員の資格がある方に限ります。資格喪失後の受診に関しては全額自己負担となりますのでご注意ください。

記入日	西暦	2	0			年			月			日										
組合員証番号	記号	公立東京		番号												枝番						
受診者氏名 ※左づめで記入 ※アルファベット表記の場合は枠を 気にせずにご記載ください。	セイ											メイ										
	姓											名										
生年月日	西暦	1	9			年			月			日	性別	☐ 男性		☐ 女性						
日中連絡先 ※左づめで記入	自宅					-						-				ご希望の 連絡先	☐ 自宅					
	携帯					-						-					☐ 携帯					
連絡のつきやすい時間帯	☐ 10～12時		☐ 12～18時		☐ 18～21時		☐ 時		～		時											
資格区分	☐	被扶養者																				
	☐	任意継続組合員本人																				
現住所	〒 -																					
マンション・建物名																						
送付先住所 ※現住所と異なる場合のみ ご記入ください。	〒 -																					
※勤務先に送付希望の場合は部署名も記入してください。																						
希望会場・希望日 ※巡回型特定健診会場リスト からご選択ください。	第①希望	コード											会場名									
		希望日	2	0			年			月										日		
	第②希望	コード											会場名									
		希望日	2	0			年			月										日		
	第③希望	コード											会場名									
		希望日	2	0			年			月										日		

オプション検査 (希望時のみチェック) (料金はP.5参照)	☐ 胃部X線 (バリウム:間接法)
	☐ 乳がん (エコー) ☐ 乳がん (マンモグラフィ:2方向) ☐ 子宮がん (頸部細胞診:医師採取)
	☐ 骨密度 (エコー) ☐ 腫瘍マーカー (AFP:肝臓) ☐ 腫瘍マーカー (CEA:消化器)
	☐ 腫瘍マーカー (CA125:卵巣・子宮) ☐ 腫瘍マーカー (CA19-9:膵臓・胆道)

- 本申込書1枚につき、1名様分のお申込みとなります。 ●お申込みは受診希望日の前々月20日までにお願いします。
- 記入された申込書の控えを保管してください。

健診結果のご提出をお願いします！

令和4年4月1日以降に勤務先(パート先)等で健診を受けた方へ

勤務先(パート先)等で健診を受診したため、今回ご案内した特定健康診査等を受診されない場合は、P.24の「令和4年度 勤務先(パート先)等の健診結果送付シート」にご記入の上、「健診結果のコピー」と一緒にお送りくださるようお願いします。

※特定健康診査、かがやきメイト健康診断、または人間ドックを受診する方は提出不要です。

1

令和4年4月1日以降に受診した健診結果(※特定健診項目)のコピー

2

P.24の「令和4年度勤務先(パート先)等の健診結果送付シート」

同封の返信用封筒

令和5年1月31日までに投函してください。健診結果は、(株)ベネフィット・ワンを通じて共済組合に提供されます。

※裏表紙「よくあるお問合せ」Q3をご確認ください。



ご提出いただいた方は、特定健診を受診したことになり、生活習慣のアドバイス等を記載した結果のお知らせを送付するほか、**健康ポイント1,000ポイント**をプレゼントします！

※書類に不備がない場合に限り。※ご提出いただいたからポイントの付与までには数か月かかる場合があります。

健康ポイントとは？

健康な取組みをするとポイントが貯まり、貯まったポイントは、1ポイント1円相当の素敵な商品と交換できます。

詳細は、「かがやきメイトホームページ」(<https://bs.benefit-one.co.jp/k-tokyo/>)内の「健康ポータル・健康ポイント」メニューからご確認ください。

Diagram illustrating the process of earning and exchanging health points. It shows a flow from the 'Health Portal' website to the 'Health Points' menu, then to the 'Exchange' section where points can be used for various products like Amazon gift cards, Starbucks coffee, and Baffine products. The diagram also includes a section for 'How to Earn Points' with a list of activities and their corresponding point values.

令和4年度 勤務先(パート先)等の健診結果送付シート

※パート先等で健診を受けるため、特定健康診査、かがやきメイト健康診断、人間ドックのいずれも受診しない方が対象です。

全てで記入の上、健診結果(コピー)と一緒に同封の返信用封筒でお送りください。

下記書類の同封を確認できたら□にチェックを入れてください(提出いただいた書類は返却いたしません)。

☐ 令和4年度 勤務先(パート先)等の健診結果送付シート ☐ 令和4年度 健診結果のコピー

受診者氏名		生年月日	昭和 年 月 日
組合員番号		電話番号	
身体計測	身長_____cm 体重_____kg 腹囲_____cm ※腹囲は立った状態のおへそ回り		
受診日	令和 年 月 日	医療機関名	
受診時間	健診を受けた時間は ア 食後3.5時間以上10時間未満 イ 食後10時間以上(空腹時) ※どちらかに○		
血圧	最高値_____mmHg 最低値_____mmHg		

【質問票】

	質問事項	回答
	★印は必ずご記入ください。	該当する箇所にチェックを入れてください
★ 1	血圧を下げる薬を服用していますか。	☐ はい ☐ いいえ
★ 2	血糖を下げる薬を服用又はインスリン注射を使用していますか。	☐ はい ☐ いいえ
★ 3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか。	☐ はい ☐ いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	☐ はい ☐ いいえ
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	☐ はい ☐ いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか。	☐ はい ☐ いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	☐ はい ☐ いいえ
★ 8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※「現在、習慣的に喫煙している」とは、これまで合計100本以上、又は6か月以上吸っている場合で、最近1か月間も吸っている場合をいいます。	☐ はい ☐ いいえ
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	☐ はい ☐ いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか	☐ はい ☐ いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか	☐ はい ☐ いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	☐ はい ☐ いいえ
13	食事をかんで食べるときの状態はどれにあてはまりますか。	☐ 何でもかんで食べることができる ☐ 歯や歯ぐき、かみあわせなどが気になる部分があり、かみにくいことがある ☐ ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	☐ 速い ☐ ふつう ☐ 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	☐ はい ☐ いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	☐ 毎日 ☐ 時々 ☐ ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	☐ はい ☐ いいえ
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	☐ 毎日 ☐ 時々 ☐ ほとんど飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合(180ml)の目安: ビール500ml、焼酎(25度)110ml、ウィスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	☐ 1合未満 ☐ 1~2合未満 ☐ 2~3合未満 ☐ 3合以上
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	☐ はい ☐ いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。	☐ 改善するつもりはない ☐ 改善するつもりである(概ね6か月以内) ☐ 近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている ☐ 既に改善に取り組んでいる(6か月未満) ☐ 既に改善に取り組んでいる(6か月以上)
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	☐ はい ☐ いいえ

特定健康診査受診券発行願

1 氏 名 _____

2 組合員証番号 公立東京 _____ (枝番) _____

3 種 別 ☐ 組合員の被扶養者
☐ 任意継続組合員
☐ 任意継続組合員の被扶養者

4 有効期限 令和5年1月31日

上記のとおり、発行を申請します。

なお、かがやきメイト健康診断、人間ドックとの重複受診はしません。

公立学校共済組合東京支部長 殿

申請者

住 所 _____

氏 名 (自署) _____

電話番号 _____

※日中ご連絡のつくお電話番号をご記入ください。

【提出先】 公立学校共済組合東京支部 福利厚生課厚生事業担当

163-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1 東京都教育庁福利厚生部内

【電話】 03-5320-6821

その他にも充実のサービスラインナップ!

健康ポータル

1 健康に関する情報をご案内します



利用者の声

健康レシピは
季節に合った
ものが載って
いてありがたい
です。

2 自分の健康状態が確認できます



健康な身体づくりのために、知っておきたい大切な情報をカテゴリごとに紹介します。

- 1 ご自分で健診結果を追加登録できます。
- 2 身長と年齢から、ベスト体重と状態がわかります。(やせすぎ、やせ気味、標準、太り気味、太りすぎ)
- 3 基本情報、BMIによりキャラクターの容姿が変わります。
- 4 腹囲・血圧・血糖・脂質の結果値より、メタボかどうか判定します。
- 5 健診結果の値により、発症リスクのある疾病がわかります。

健康ポイント

健康的な活動をする则健康ポイントが貯まり、貯まったポイントは魅力的な商品と交換ができます

健康ポイントの貯め方、使い方



ポイント付与期間 令和4年5月12日(木)から ポイント交換期限 令和7年3月14日まで

※資格を喪失した場合はその時点で貯まったポイントは無効となります。