

家族定期健診の検査項目と補助額

区 分	検 査 項 目	項目の選択	対 象 者	補 助 額
診察		必須	30歳以上 40歳未満の 被扶養者	7,150 円
身体計測	身長			
	体重			
	腹囲			
	BMI			
血圧等	血圧			
肝機能検査	AST (GOT)			
	ALT (GPT)			
	γ-GT (γ-GTP)			
血中脂質検査	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			
	HbA1c			
尿検査	尿糖			
	尿蛋白			
血液学検査 (貧血検査)	血色素量 (ヘモグロビン)			
	赤血球数			
心電図				
視力				
聴力				
胸部エックス線検査				