

健康づくり活動の手引き

2025年度版

茨城県農協健康保険組合

まえがき

令和7年度の当健保組合の健康づくり事業は、「第3期データヘルス計画」に基づき、健診結果・医療費データ等の集計・分析による健康課題の改善に向けてコラボ・ヘルスを強化し、健康経営に向けた事業所主体の健康づくり活動を支援します。

また、ICT(情報通信技術)を活用した情報提供と多様なニーズに応じた保健指導・教育研修等の実施により、効果的・効率的な健康支援とヘルスリテラシー(*)の向上を支援します。

さらに、生活習慣病の発症及び重症化予防に向け、事業所及び委託健診機関との連携を図り、高リスク者の受診勧奨及び特定保健指導の取組みを強化します。

本手引きは、上記事業に関する説明及び事務手続きについて掲載してありますので、ご活用下さるようお願いいたします。

(*)ヘルスリテラシー

健康に関する情報を探り出し、理解して、意思決定に活用し、適切な健康行動につなげる能力のこと。

令和7年4月

茨城県農協健康保険組合

<https://ib-kenpo.or.jp/>



目 次

INDEX	PAGE
保健事業補助金一覧	5
申請様式一覧	6
第1章 疾病予防	
1. 生活習慣病予防健診	7
(1) 申込から補助金振込みまでの流れ(職員分)	7
(2) オプション検査	8
生活習慣病予防健診・オプション検査 料金表	10-11
二次健診受診勧奨体制	12-13
2. 人間ドック	14-17
3. 婦人科がん検診(オプション以外)	18-19
4. 肺ドック	20-21
5. 特定健診・特定保健指導	22
6. インフルエンザ予防接種	23-28
7. 健康づくり活動支援	29-35
8. 家庭常備薬の斡旋事業	37
第2章 体育奨励事業	
1. 各種スポーツ	38
2. 契約施設の利用割引	39
第3章 保健指導宣伝事業	
Pep Up(健康ポータルサイト)	40-41
広報等	40
第4章 その他の保健事業	43
特定保健指導ご案内	44
健診内容表	45
オプション検査一覧表	46
人間ドック申込書	47
2025年度 健診料金一覧表	最終頁

保健事業補助金一覧

項目		本人	家族	対象者			健診機関	手続き	補助金額		
1. 生活習慣病予防健診 (予防健診)		●	●	全員			厚生連病院 (例外あり)	担当者 1.健診の前年12月申込 2.実施後に補助金申請	7,500円		
2. 人間ドック		●	●	対象年度末に40歳以上 本人(40.44.47.50.54.57.60～74歳) 家族(同上ただし60歳まで)			厚生連病院他 16医療機関	個人(担当者手続き不要) 健保より被保険者へ通知	27,000円		
				セットの有無	単独	ドック	予防 健診				
オプション 検査	胃レントゲン	●	●	40歳以上	×	含む	○	担当者	5,300円		
	ABCリスク検診又 は ピロリ菌検査	●		30・35・40歳の 被保険者(1回限り)	×	○	○	厚生連病院他 16医療機関	・予防健診は担当者 ・ドック申込時 ABC検診 3,000円, ピロリ菌 1,500円		
	子宮 頸がん	細胞診	●	●	20歳以上の女性	○	○	○	厚生連病院 他医療機関	・予防健診は担当者 ・ドック申込時	3,000円
		HPV検査	●	●	20歳以上の女性	○	○	※			3,000円
	乳がん	エコー	●	●	30歳以上の女性	○	○	○			3,000円
		マンモグ ラフィー	●	●	40歳以上の女性	○	○	○			3,000円
	前立腺がん	●	●	50歳以上の男性	×	○	○	厚生連病院他 16医療機関	・予防健診は担当者 ・ドック申込時	2,000円	
	脳ドック	●		40歳以上	×	○	×			・ドック申込時	12,000円
	肺ドック	●		40歳以上	○	○	×			・単独は担当者	6,000円
	骨粗鬆症	●	●	40歳以上の女性	×	○	×			ドック申込時	1,000円
3. 特定健診		●		健保補助なしで人間ドック等を受診 した被保険者			厚生連病院他 医療機関	担当者 1.受診後に補助金申請	11,000円		
			●	40歳以上			・厚生連病院 他医療機関 ・市町村の住民 健診	個人 (担当者手続き不要)	全額		
4. インフルエンザ予防接種		●	●	被保険者、被扶養者			担当者 インフルエンザ予防接種要領参照		1,000円		
5. 健康づくり活動		●		事業所単位			担当者 健康づくり活動支援要領参照 (体育事業、健康づくり啓発事業、健康経営推進事業)				

※JAとりで総合医療センター、土浦協同病院、西南医療センター病院のみ申込可

上記のすべて補助金申請提出期限は3月末日。健診結果等添付が遅延する場合は、事前連絡が必要。
**保健事業関係の補助金(婦人科検診及びインフルエンザ予防接種等)の個人口座への振込みは、当健保
 組合の登録口座のみ。(マイナポータル等で事前登録した公金受取口座は不可)**

申請様式一覧

INDEX	PAGE
生活習慣病予防健診	
様式① 生活習慣病予防健診・オプション検査 補助金申請書	9
様式② 令和7年度 二次健診受診状況報告書	13
人間ドック	
様式③ 人間ドック等 補助金(特定健診部分)申請書	17
婦人科検診	
様式④ 婦人科検診補助金交付申請書(個人申請用)	19
肺ドック	
様式⑤ 令和7年度 肺ドック単独申込書	21
インフルエンザ	
様式⑥ インフルエンザ予防接種 補助金申請書(事業所)	25
様式⑦ インフルエンザ予防接種実施者名簿	26
様式⑧ インフルエンザ予防接種 実施証明書(被保険者用)	27
様式⑨ インフルエンザ予防接種補助金申請書(被扶養者用)	28
健康づくり活動支援	
様式⑩ 健康づくり活動実施計画書	32
様式⑪ 健康づくり活動助成金交付申請書	35
様式⑫ 健康づくり活動参加者名簿	36
保健指導宣言事業	
様式⑬ Pep Up本人確認用コード再発行依頼書	41
様式⑭ 「げんき my life」配布部数変更届	42

第1章 疾病予防

1. 生活習慣病予防健診

事業主が行う生活習慣病予防健診に対し、次のとおり補助します。

この生活習慣病予防健診は、事業所の「定期健診」及び健保組合の義務である「特定健診」をかねています。また、各種がん検診もオプション検査として受診できます。

県外勤務者等が事業主の指定する健診を受診し、その健診内容が生活習慣病予防健診と同等である場合も同様に補助しています。

<補助対象者> 被保険者及び被扶養者

※補助は年度内1回のみ(生活習慣病予防健診, 人間ドック, 特定健診のいずれか一つ)

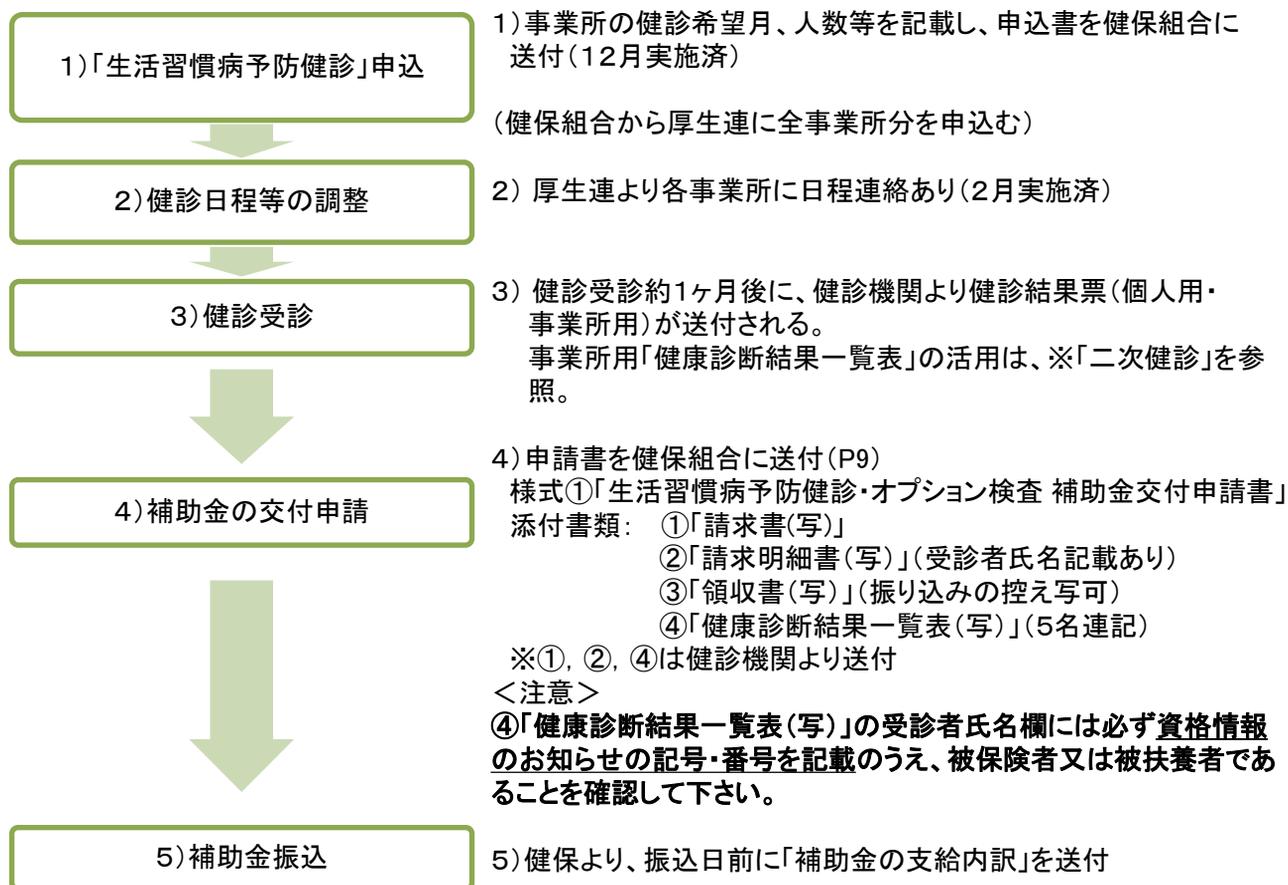
<補助額> 7,500円(健診料:12,760円)

<健診機関> 厚生連病院(施設又は検診車)、その他事業主指定及び当健保組合が認めた健診機関。

<検査項目> 「健診内容表」参照(P45)

<申請期限> 3月末日

(1) 申込みから補助金振込みまでの流れ(職員分)



※「二次健診」について

健診機関より送付される「健康診断結果一覧表」には、**二次健診該当者に赤○印の記載**があります。また、該当者本人には、事業所への報告用紙「二次健診受診報告書」(P12)が同封されています。担当者は、その報告書の提出を受け、未提出者には受診勧奨をして下さい。尚、随時、健保組合に二次健診の受診状況の報告をお願いします。(P13)

★家族(30歳以上の被扶養者)及び任意継続被保険者について

人間ドックと同様の取扱いにて、事業所担当者による補助金申請は不要。

1)案内通知:5月末頃、健保組合より被保険者宛に、健診案内を送付。

2)申込み:希望者が直接健保組合に申込み。

(2) オプション検査

生活習慣病予防健診のオプション検査として受診した場合、次のとおり補助します。

1) 補助対象検診

- ① 胃がん検診(胃部レントゲン検査) (40歳以上)
- ② ABCリスク検診(胃がんのリスク判定検査) 又は ピロリ菌検査:健診機関がABC検診実施不可の場合
 対象:30歳・35歳・40歳の被保険者(健保加入期間中1回限り)
 留意事項:ア)JAとりで総合医療センターは胃部レントゲン検査の同時受診が条件
 イ)下記は検査の対象外
 * 過去にピロリ菌の検査済・除菌歴がある方
 * 食道・胃・十二指腸で疾患が疑われる方、治療中・経過観察中の方

ABCリスク検診とは…
 血液検査でペプシノゲン量とピロリ菌感染の有無を調べることにより、胃粘膜の健康度(将来、胃がんがでやすい粘膜かどうかの危険度)を調べる検診です。
 ※胃がんを見つけるための検査ではありません。胃がんのリスクを判定する検査です。
 ※検診結果の判定が同じでも、その後の指示は医師によって異なる場合があります。

- ③ 婦人科がん検診 (女性のみ)
- ④ 前立腺がん検診 (男性・50歳以上)

2) 補助額及び対象年齢 [年度中(R7.4.1～R8.3.31)に達する年齢]

	検査項目	補助対象者年齢	健保補助額
	胃部レントゲン	40歳以上	5,300円
被保険者	①ABCリスク検診 又は、 ②ピロリ菌検査	30,35,40歳 加入期間中1回限り	①3,000円 ②1,500円
婦人科	子宮頸がん	頸部細胞診	20歳以上 3,000円
		ヒトパピローマウイルス (HPV)検査(※)	20歳以上 3,000円
	乳がん	(エコー)	30歳以上 3,000円
		(マンモグラフィー)	40歳以上 3,000円
男性	前立腺がん (PSA)	50歳以上	2,000円

※土浦協同病院、JAとりで総合医療センター、茨城西南医療センター病院代替3施設で検診可能。
 頸部細胞診の同時受診が条件

3) 補助金の申請方法

生活習慣病予防健診と同様
 様式①「生活習慣病予防健診・オプション検査 補助金交付申請書」(P9)

生活習慣病予防健診・オプション検査 補助金交付申請書

添付書類

①「請求書(写)」 ②「請求明細書(写):受診者名記載あり」 ③「領収書(写)」 ④「健康診断結果一覧表(写)」

* 補助対象年齢は、年度中に達するものとします。

* 茨城西南医療センター病院の「子宮・乳がん検査代替健診機関」で実施した場合も、本申請書を使用下さい。

事業所 記号	事業所名		健診機関名称		実施期間	年 月 ~ 年 月		<健保記入欄>	
内訳	料金	事業主(個人) 負担額	健保補助額	補助対象 年齢	実施(補助)対象者数 (被保険者) (被扶養者)		健保補助額		
生活習慣病予防健診	12,760 円	5,260 円	7,500円	—	名	名	円		
オプション検査	胃レントゲン	6,600 円	1,300 円	5,300円	40歳以上	名	名	円	
	胃がんリスク	ABC検査		3,000円	※1	名		円	
		ピロリ菌検査		1,500円	※1	名		円	
	前立腺がん(PSA)		*各厚生連病院別契約料金	2,000円	50歳以上	名	名	円	
	子宮頸がん	頸部細胞診		3,000円	20歳以上	名	名	円	
		ヒトパピローマウイルス(HPV)検査		3,000円	20歳以上	名	名	円	
	乳がん	エコー・マンモグラフィー 両方		6,000円	40歳以上	名	名	円	
		エコーのみ		3,000円	30歳以上	名	名	円	
	マンモグラフィーのみ		3,000円	40歳以上	名	名	円		
添付書類①の健診(検査)費用 (健診機関に支払った額)	合計			円			合計	円	

※1 胃がんリスク…30,35,40歳の被保険者(加入期間1度限り)

補助金振込先

口座名義(フリガナ) ()

農協 支店 普通

信連 本店 当座

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日 事業主の住所および氏名

茨城県農協健康保険組合理事長 殿

茨城県農協健康保険組合

受付印

令和7年度 生活習慣病予防健診・オプション検査 料金表

(税込)

	生活習慣病 予防健診	オプション検査							
		胃レントゲン	ABC検査 (※1)(胃がん リスク判定)	子宮頸がん		乳がん		前立腺がん (PSA)	
				頸部細胞診	ヒトパピローマ ウィルス(HPV) 検査	マンモグラ フィー	エコー		
		補助対象年齢	補助対象者	補助対象年齢		補助対象年齢	補助対象年齢	補助対象年齢	
		40歳以上	(※2)	20歳以上		40歳以上	30歳以上	50歳以上	
		健診料	検診料	検診料	検診料	検診料		検診料	
健保補助金	健保補助金	健保補助金	健保補助金	健保補助金		健保補助金			
自己負担金	自己負担金	自己負担金	自己負担金		自己負担金		自己負担金		
水戸協同病院	12,760	6,600	(※3) 2,500	4,400	/	/	3,300	3,300	
	7,500	5,300	1,500	3,000			3,000	2,000	
	5,260	1,300	1,000	1,400			300	1,300	
県北医療センター 高萩協同病院	"	"	(※3) 2,546	(*) 4,716	/	/	5,622	3,850	
			1,500	3,000			3,000	3,000	"
			1,046	1,716			2,622	850	
土浦協同病院	"	"	4,400	(*) 4,400	6,600	9,350	3,850	"	
			3,000	3,000	3,000	3,000	3,000		
			1,400	1,400	3,600	6,350	850		
JAとりで総合 医療センター	"	"	(※3) 2,200	(*) 4,176	3,972	/	3,871	3,014	
			(※4) 1,500	3,000	3,000		3,000	2,000	
			700	1,176	972		871	1,014	
茨城西南医療 センター病院	別紙(P11)参照								
土浦協同病院 なめがた地域 医療センター	"	"	4,620	(*) 4,400	/	/	(2D)5,500	3,300	3,300
			3,000	3,000			3,000	3,000	2,000
			1,620	1,400			(2D)2,500	300	1,300
						(3D)5,800			

※1 血液検査でペプシノゲン量とピロリ菌感染の有無を調べる検査です。
 ※2 ABC検査対象者…30,35,40歳の被保険者に加入期間1度限り
 ※3 ピロリ菌検査のみ。健保補助額は1,500円となります。
 ※4 JAとりで総合医療センターのピロリ菌検査は、胃レントゲン検査を受診する場合のみ実施可能です。
 (*)は、内診を含む子宮頸がん検診
 事業所が希望者を取りまとめ、上記のいずれか希望の健診機関に申し込み(複数選択可能)を行い実施して下さい。
 料金の支払いは、事業所が全額立替払いし、個人負担額は受診者より徴収し、健保補助額は健保組合へ補助金申請下さい。

◎茨城西南医療センター病院

(税込)

		オプション検査					
		胃レントゲン	ABC検査(※1) (胃がんリスク判定)	子宮頸がん	乳がん		前立腺がん (PSA)
マンモグラ フィー	エコー						
生活習慣病 予防健診	補助対象年齢	補助対象者	補助対象年齢	補助対象年齢	補助対象年齢	補助対象年齢	
		40歳以上	(※2)	20歳以上	40歳以上	30歳以上	50歳以上
健診料	検診料	検診料	検診料	検診料		検診料	
健保補助金	健保補助金	健保補助金	健保補助金	健保補助金		健保補助金	
自己負担金	自己負担金	自己負担金	自己負担金	自己負担金		自己負担金	
茨城西南医療 センター-病院	12,760	6,600	4,400			3,300	
	7,500	5,300	3,000			2,000	
	5,260	1,300	1,400			1,300	
				6,600	6,600		
				3,000	3,000		
				3,600	3,600		

※1 血液検査でペプシノゲン量とピロリ菌感染の有無を調べる検査です。

※2 ABC検査対象者…30,35,40歳の被保険者に加入期間1度限り

☆代替実施健診機関(子宮頸がん検診及び乳がん検診は代替可能)

(税込)

		オプション検査			
		子宮頸がん		乳がん	
頸部細胞診	ヒトパピローマ ウィルス (HPV)検査	マンモグラ フィー	エコー		
				補助対象年齢	補助対象年齢
20歳以上		40歳以上	30歳以上		
検診料	検診料	検診料	検診料		
健保補助金	健保補助金	健保補助金	健保補助金		
自己負担金	自己負担金	自己負担金	自己負担金		
JAとりで総合医療センター 健康管理センター 取手市 Tel.0297-74-5551	(*) 4,176 3,000 1,176	3,972 3,000 972	3,871 3,000 871		
つくば総合健診センター (筑波メディカルセンター) つくば市 Tel.029-856-3500	(*) 4,400 3,000 1,400	4,950 3,000 1,950	3,300 3,000 300		
つくばトータルヘルスプラザ (筑波記念病院) つくば市 Tel.029-864-3588	(*) 3,850 3,000 850	6,600 3,000 3,600	4,400 3,000 1,400		
友愛記念病院 総合健診センター 古河市 Tel.0280-97-3400	(*) 3,300 3,000 300	6,600 3,000 3,600	6,600 3,000 3,600		
茨城県西部メディカルセンター 健診センター 筑西市 Tel.0296-24-9111	(*) 4,400 3,000 1,400	6,600 3,000 3,600	5,500 3,000 2,500		

(*)は、内診を含む子宮頸がん検診

二次健診を受診後、必要事項を記入のうえ、事業所の健診担当者に提出してください。

(二次健診は、健診結果到着日から3ヶ月以内に受診し、自己記入後、必ずご報告ください。)

※二次健診が確認できない場合は、事業所担当者(総務・人事課)より連絡がいきます。

<二次健診 受診報告書>

事業所健診担当者 宛て

下記のとおり、二次健診を受診しましたので、報告いたします。

事業所名(所属)	
氏名	
受診月日	令和 年 月 日

任意記入欄	
1. 受診医療機関名	
2. 二次健診該当項目	1) 一般健診(血圧、血液、尿、心電図検査等) ①血圧 ②血液検査(血糖、脂質、肝機能、貧血、その他) ③尿検査 ④心電図 ⑤その他() 2) がん検診 ①肺がん(胸部レントゲン) ②胃がん(胃部レントゲン検査) ③大腸がん(便潜血) ④婦人科のがん(子宮・乳房) ⑤その他()
3. 結果及び医師の指示	1) 要治療 2) 経過観察 3) 異常なし 4) その他()

(作成:茨城県農協健康保険組合)

茨城県農協健康保険組合 行
(FAX.029-226-7554)

令和7年度 二次健診受診状況報告書

生活習慣病予防健診(以下、予防健診)の二次健診受診状況について、ご報告願います。
なお、この報告書は、貴事業所の予防健診実施後4ヶ月を目安とした二次健診受診状況となります。予防健診を数ヶ月に分けている事業所は、実施月の4ヶ月後にそれぞれご報告願います。
また、報告書提出後に二次健診受診者を確認された場合は、年度末に最終報告をお願いいたします。

【記入に際しての留意事項】

- 二次健診該当者数は、健診結果一覧表で印(マーカ一等)が付いている人数となります。
- 「受診報告書」提出者数は、受診の確認ができれば書類の提出がない場合でも、人数に含みます。

記

二次健診受診状況(令和 年 月 日 現在)

	実施者数	二次健診該当者数	受診報告書提出者数
生活習慣病予防健診	名	名	名

事業所記号()

事業所名.....

担当者氏名.....

2.人間ドック

人間ドックの補助は、健保組合と健診機関との直接清算のため、事業所担当者による手続きは不要です。受診月は、毎年等間隔になるよう事業所の生活習慣病予防健診月を目安とし、「申込者名簿」を健保事務担当者宛てに送付しますので、事業所の予防健診と重複しないようご配慮願います。

なお、職員のドック結果は、事業所の定期健診結果として必要部分の写しを提出してもらい、保管して下さい。

(1)補助対象者

2025年度内(R7.4.1～R8.3.31)の誕生日で、下記の該当年齢に達する被保険者および被扶養者

(被保険者 満年齢:40・44・47・50・54・57・60歳以上74歳以下)

(被扶養者 上記同様、ただし60歳迄)

★被保険者が補助対象年齢外で人間ドックを受診した場合に、特定健診費用の補助対象となる場合があります。(P16参照)

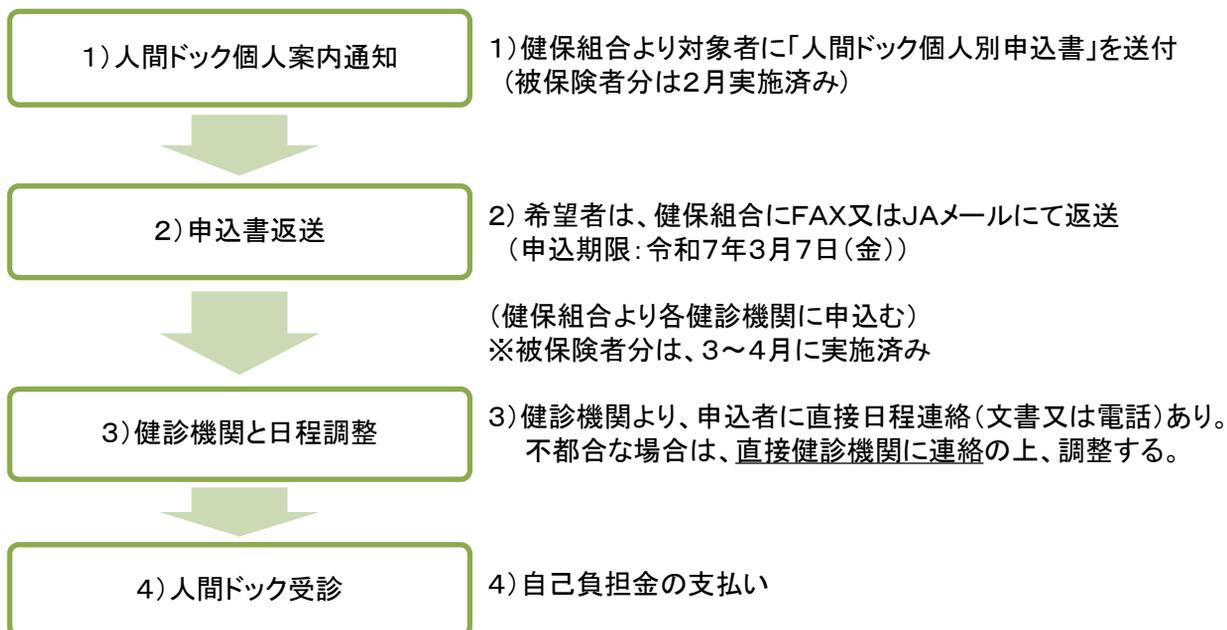
(2)補助額及び健診施設

補助額 27,000円 「健診料一覧表」最終頁参照

(3)検査項目

「健診内容表」参照(P45)

(4)申し込みから受診までの流れ



(5) オプション検査

各健診機関の料金など詳細は「2025年度 健診料金一覧表」(最終項)参照

	検査項目	補助対象者年齢	健保補助額	
被 保 険 者	胃部レントゲン	40歳以上	5,300円	
	①ABCリスク検診 又は、 ②ピロリ菌検査	30,35,40歳 加入期間中1回限り	①3,000円 ②1,500円	
	肺ドック	40歳以上	6,000円	
	脳ドック	40歳以上	12,000円	
女 性	骨粗鬆症	40歳以上	1,000円	
	子宮頸がん	頸部細胞診	20歳以上	3,000円
		ヒトパピローマウイルス (HPV)検査	20歳以上	3,000円
	乳がん	(エコー)	30歳以上	3,000円
(マンモグラフィー)		40歳以上	3,000円	
男 性	前立腺がん (PSA)	50歳以上	2,000円	

健保組合の補助対象者以外で人間ドック等を受診した場合の補助について

健保組合の補助を受けずに、人間ドックを受診された40歳以上の被保険者について、健診結果を事業所経由で健康保険組合に提供することにより、特定健診部分の健診料を事業所に補助します。

1. 補助対象者

人間ドック等受診者で下記の2点を満たす者

- (1) 当組合の人間ドック補助対象年齢外
- (2) 同年度内(4月～3月)に生活習慣病予防健診(特定健診)を受診しない

2. 補助額

40歳以上 特定健診料 11,000円

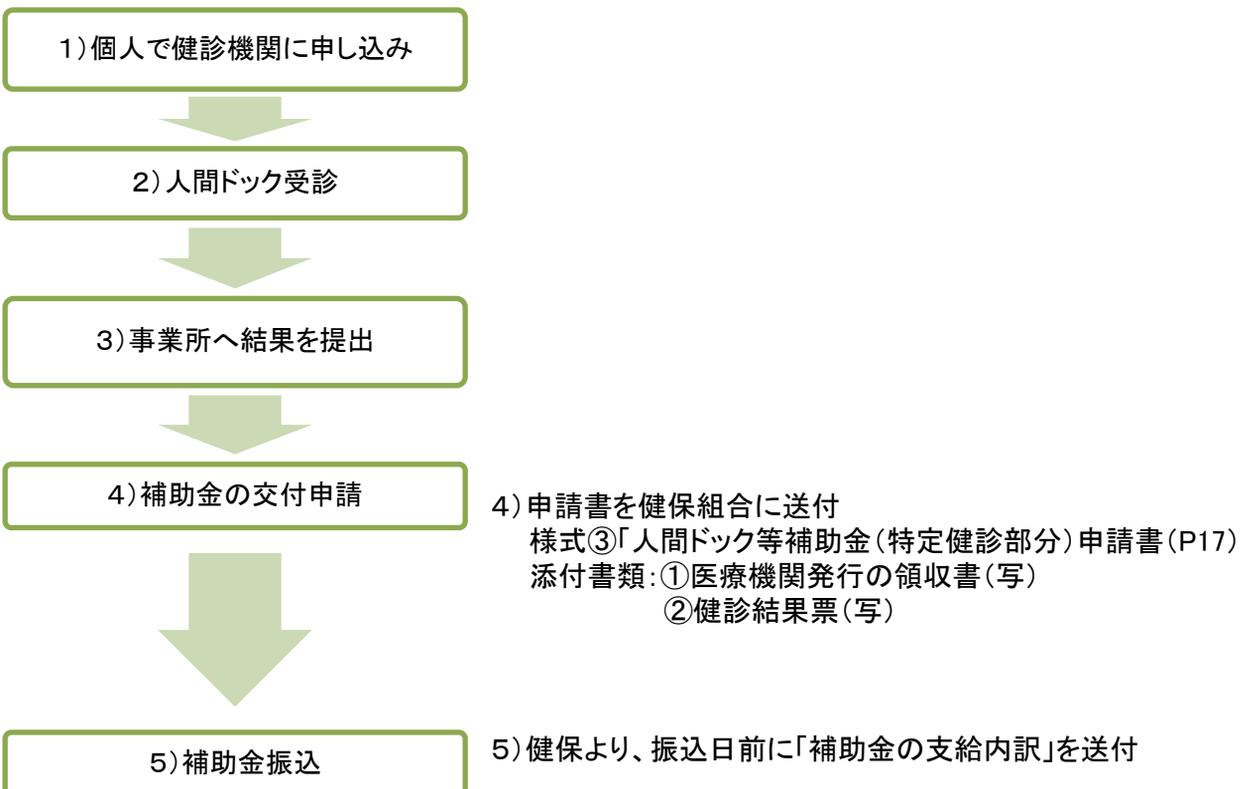
※特定健診の必須項目を満たしていない場合、減額または補助金を支払わない場合あり。

3. 必要項目

「健診内容表」(P45)特定健康診査欄参照

※結果票に記載漏れがある場合は、健保保健師より本人に確認する場合あり。

4. 申込みから補助金振込みまでの流れ



人間ドック等 補助金(特定健診部分)申請書

茨城県農協健康保険組合理事長 殿

下記の間ドック等受診者について、特定健診補助金の申請いたします。

提出内容等について受診者本人の同意を得ております。

令和 年 月 日提出

事業所名称 事業主	
健保事務担当者氏名	

【人間ドック等受診者名簿(40歳以上)】

※この申請書に下記の書類を添付ください。

- 1.医療機関発行の領収書(写) 2.健診結果(写)

事業所記号						健保記入欄(記入しないでください)	
No.	資格情報のお知らせ番号	氏名	生年月日	年齢	健診金額	補助金支給額	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
						合計	人数

補助金振込先 (事業所口座)	フリガナ 口座名義	
	農協	支店 普通 No.
	信連	本店 当座 No.

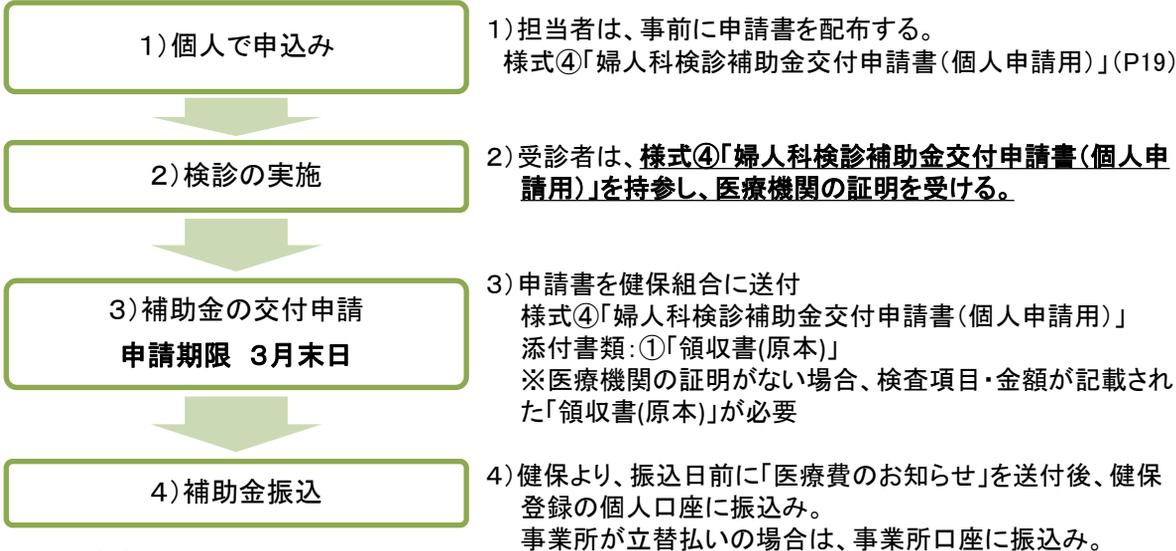
/ 受付印 \

3. 婦人科がん検診(オプション以外)

(1) 個人で医療機関を受診するときの申請

婦人科がん検診を、個人で医療機関に申込み受診する場合には、下記の申請手続きにより補助金の対象となります。

＜重要＞ 担当者は、該当者に事前に、様式④「婦人科検診補助金交付申請書(個人申請用)」(P19)を配布してください。



* 注意事項

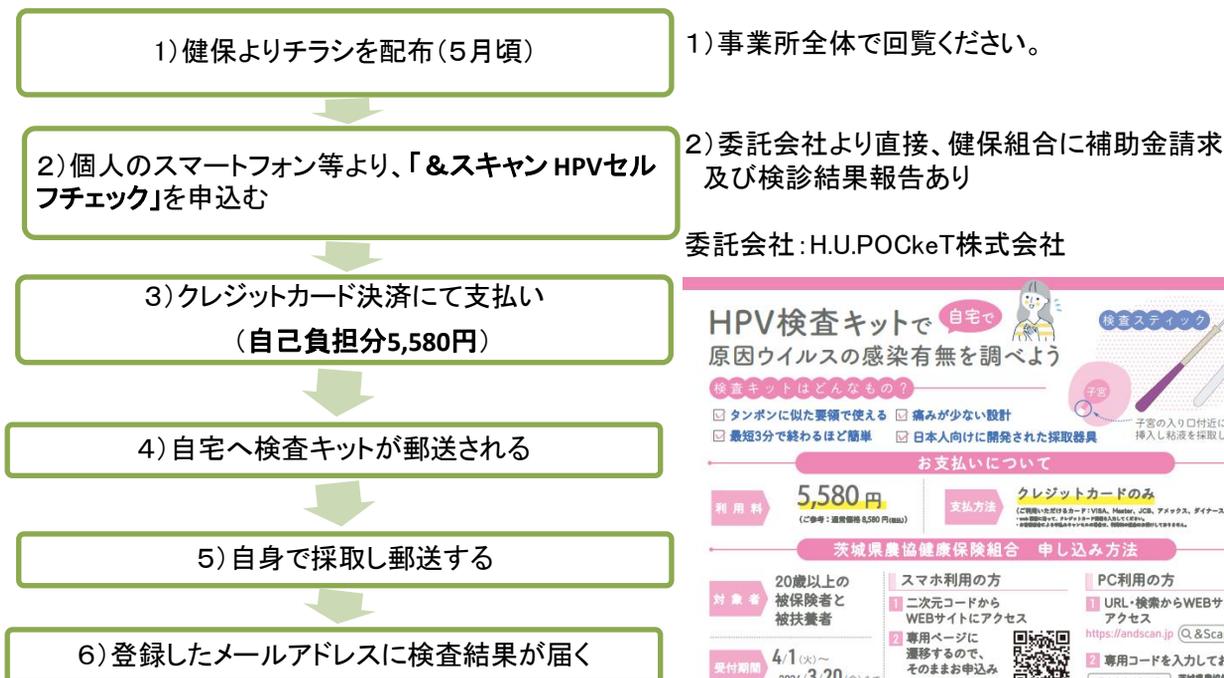
次の場合は補助対象外となります。

- 1) 保険証を使用した診療又は診察
- 2) 市町村が実施するがん検診の助成を受けた方

(2) ヒトパピローマウイルス (HPV) の郵送検診の流れ

担当者による補助金申請手続きは不要です。

※HPV検診…子宮頸がんの原因となるウイルスの有無を調べます。



婦人科検診補助金交付申請書(個人申請用)

必ず医療機関の証明欄に記入いただき、領収書(原本)を添付の上、健康保険組合に申請してください。

(医療機関の証明がない場合、検査項目・金額が記載された「領収書(原本)」が必要)

※生活習慣病予防健診のオプション検査は、事業所が申請するため個人申請不要です。

事業所名					
保険証記号・番号		被保険者氏名			
受診者氏名		続柄	生年月日 ・年齢	昭和 平成	年 月 日(歳)
健診(医療) 機関名称		実施日		令和 年 月 日	
検査項目		健保補助額	補助対象	検診料金(税込)	<健保記入欄> 健保補助額
子宮頸がん	頸部細胞診	3,000円	20歳以上	円	円
	HPV検査	3,000円	20歳以上	円	円
乳がん	エコー	3,000円	30歳以上	円	円
	マンモグラフィー	3,000円	40歳以上	円	円
			合計	円	円
上記のとおり申請いたします。					
令和 年 月 日			被保険者又は事業主の住所および氏名		
茨城県農協健康保険組合理事長 殿					

※事業所口座への振込の場合のみご記入ください。

(個人申請の方は、健保組合に登録した口座に振込します)

→ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座ではありません

補助金振込先	口座名義(被保険者名義をカタカナで記入して下さい。)	
	農協 信連	支店 普通 No. 本店 当座 No.

医療機関の証明欄	検査項目		検診料金(税込)	実施日
	子宮頸がん	頸部細胞診	円	令和 年 月 日
		HPV検査	円	
	乳がん	エコー	円	合計
		マンモグラフィー	円	円
令和 年 月 日				
上記のとおり婦人科検診を実施したことを証明いたします。				
医療機関の		住所		
		名称	医師氏名	

(注意事項) 次の場合は補助の対象外となります。

①「健康保険証」を使用した診療又は診察 ②市町村が実施する婦人科(がん)検診の受診

茨城県農協健康保険組合

受付印

4. 肺ドック

肺ドックは、人間ドックのオプション検査の他、単独受診の場合も補助対象となります。担当者には、年度当初に希望者の取りまとめをお願いしています。

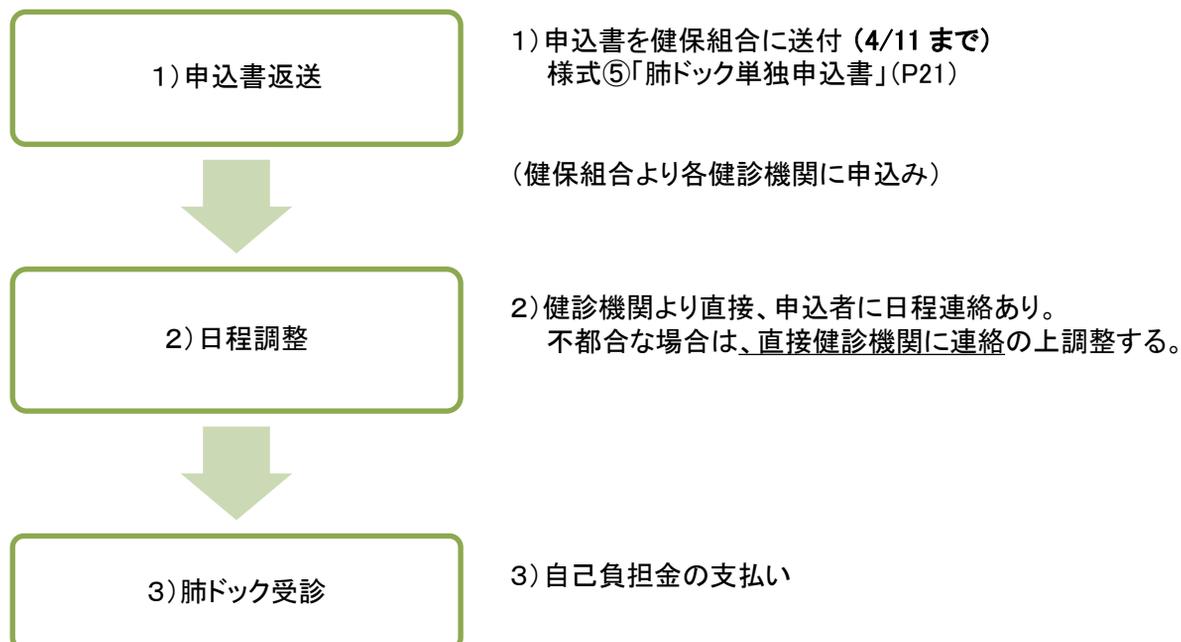
＜重要＞人間ドックに該当される被保険者は、そのオプションとして申込み願います。

＜補助対象者＞ 40歳以上の被保険者(被扶養者は対象外)

＜補助額及び健診機関＞ 補助額 6,000円「健診料一覧表」参照(最終頁)

(1)肺ドック申込みから受診までの流れ

人間ドックと同様



令和7年度 肺ドック単独申込書

(40歳以上の被保険者)

(注意) 人間ドックと同時受診を希望する方は記入不要です。

令和7年4月11日(金)までに健保組合まで送付ください。

記号・番号	氏名・生年月日	住所	連絡先電話番号	希望年月	希望健診機関
				5月以降で 記入下さい。	
—	昭 . . . 生		職場 () 自宅・携帯 ()	年 月	
—	昭 . . . 生		職場 () 自宅・携帯 ()	年 月	
—	昭 . . . 生		職場 () 自宅・携帯 ()	年 月	
—	昭 . . . 生		職場 () 自宅・携帯 ()	年 月	
—	昭 . . . 生		職場 () 自宅・携帯 ()	年 月	
—	昭 . . . 生		職場 () 自宅・携帯 ()	年 月	
—	昭 . . . 生		職場 () 自宅・携帯 ()	年 月	

上記のとおり申込みいたします。

令和 年 月 日

茨城県農協健康保険組合 宛

事業所記号()

事業所名

健保事務担当者氏名	
-----------	--

5. 特定健診・特定保健指導

40歳以上75歳未満の被保険者及び被扶養者に対し、メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)に着目した健診を行い、その結果をもとに生活習慣病発症リスクに応じて、個人の状態に合わせた保健指導を行います。

高齢者の医療の確保に関する法律により健保組合に実施が義務づけられたものです。

(1) 特定健診

主に家族(被扶養者)を対象に以下のとおり、実施します。

尚、職員(被保険者)が受診する人間ドック及び生活習慣病予防健診は、特定健診を兼ねています。

受診券サンプル

1) 健診案内・受診券の配布対象

- 40歳以上75歳未満の被扶養者及び任意継続被保険者・被扶養者
- * 被保険者宛てに5月末頃に送付予定
- * 希望者本人が健診機関へ申込み

2) 健診機関

- ① 厚生連各病院の健診センター
- ② 市町村の住民健診
- ③ 県内の契約医療機関約600ヶ所

3) 補助額

全額補助: 特定健診料金(7,000~12,000円)

特定健康診査受診券		注意事項
発行日 令和 年 月 日		1. この券の交付を受けた者は、速く、下記の住所欄にご自宅の住所を記載してください。(特定健康診査受診券等の送付に附します。)
受診券番号		2. 特定健康診査を受診するときは、「受診券」と「健康診断書」を窓口へ提出してください。どちらか一方だけでは受診できません。
受診者の氏名	姓別 昭和 年 月 日	3. 特定健康診査はこの券に記載してある有効期限内に受診してください。
有効期限	令和 年 月 日	4. 特定健康診査受診結果は、受診者本人に対して通知するとともに、被保険者に対して提供し、必要に応じ、保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診願います。
健診内容	特定健康診査	5. 健診結果のデータファイルは、遠隔代行機関で生成されることがある他、国への実施結果報告として匿名化され、部分的に提出されますので、ご了承の上、受診願います。
窓口での自己負担	特定健診(基本部分) <input type="checkbox"/> 負担額 <input type="checkbox"/> 特定健診(詳細部分) <input type="checkbox"/> 負担額 <input type="checkbox"/>	6. 被保険者の資格がなくなったときは、5日以内はこの券を被保険者に返してください。
保険者所在地	〒310-0022 茨城県水戸市海番1-5-5 (茨城県J/A会館分館5階)	7. 不正にこの券を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の宣告を受けることとなります。
保険者電話番号	029-232-2270, 2271	8. この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに被保険者に差し出して訂正を受けてください。
保険者番号・名称	0 0 0 8 0 3 2 2	住所
茨城県協賛健康保険組合		〒 _____
〒和とりまとも健康も 健保連集合A①、集合B① 支払代行機関番号 94899010 支払代行機関名 社会保険診療報酬支払基金		_____

※被扶養者の健診

当健保組合の補助対象健診を受けずに、パート等勤務先での健診受診や自費で人間ドックを受けた場合は、「健診結果票」(写)(R7.4.1~R8.3.31受診分)を提出いただくと、QUOカード(2,000円分)を進呈します。※提出期限: 令和8年5月末

4) 検査項目

「健診内容表」参照(P45)

(2) 特定保健指導

特定健診の結果から、生活習慣病発症リスクの程度に応じて、個人の状態に合わせた生活習慣の見直しや改善をサポートします。

1) 職員(被保険者)

- ① 健保保健師が事業所巡回健康相談時に実施
- ② 人間ドック等健診機関に委託実施
- ③ JMDC等ICT利用の実施機関に委託

2) 家族(被扶養者)

人間ドック健診機関等に委託実施

* いずれの場合も、対象者には健保組合又は委託実施機関より案内のうえ実施し、費用は全額、健保組合が負担します。

6. インフルエンザ予防接種(経鼻弱毒生インフルエンザワクチン含む)

(1) 対象者

1) 被保険者

事業所主体で行う予防接種(事業所で一定の接種期間を定め、集団接種を行う)

※市町村の助成の対象者(65歳以上等)は補助不可

2) 被扶養者

令和8年4月1日現在で18歳以下、接種時満1歳以上

※市町村の助成の対象者は補助不可(助成が1回のみの場合は、2回目の補助可)

(2) 補助額および回数

被保険者 1,000円(一回接種のみ)・1回

被扶養者 1,000円(一回接種の上限額)・2回

(3) 接種・申請期間

期限を過ぎた場合、補助対象外となります。

1) 被保険者

接種期間: 令和7年10月1日(水)～12月31日(水)

申請期限: 令和8年1月30日(金)まで

2) 被扶養者

接種期間及び申請期限: 令和7年10月1日(水)～令和8年3月31日(火)

(4) 申請方法

事業所で定めた接種期間終了後、健保へ補助金交付申請をする。(次項参照)

(5) 補助金振込先

1) 被保険者

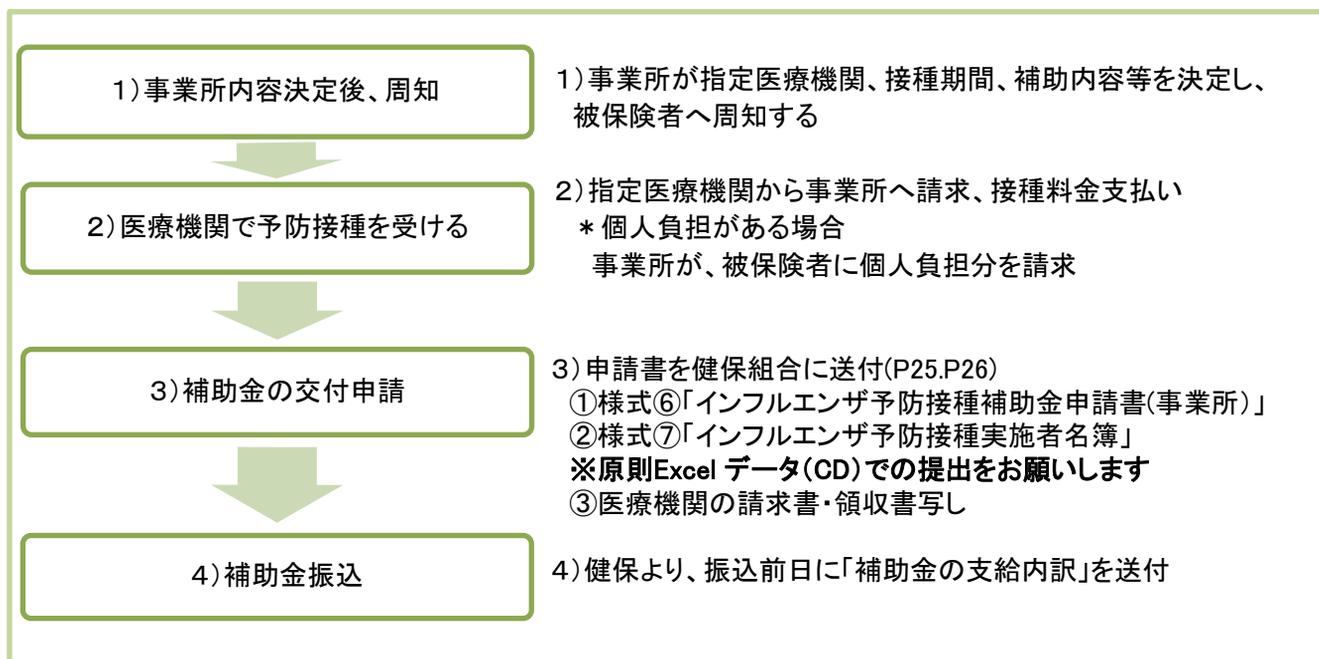
申請書記載の事業所口座

2) 被扶養者

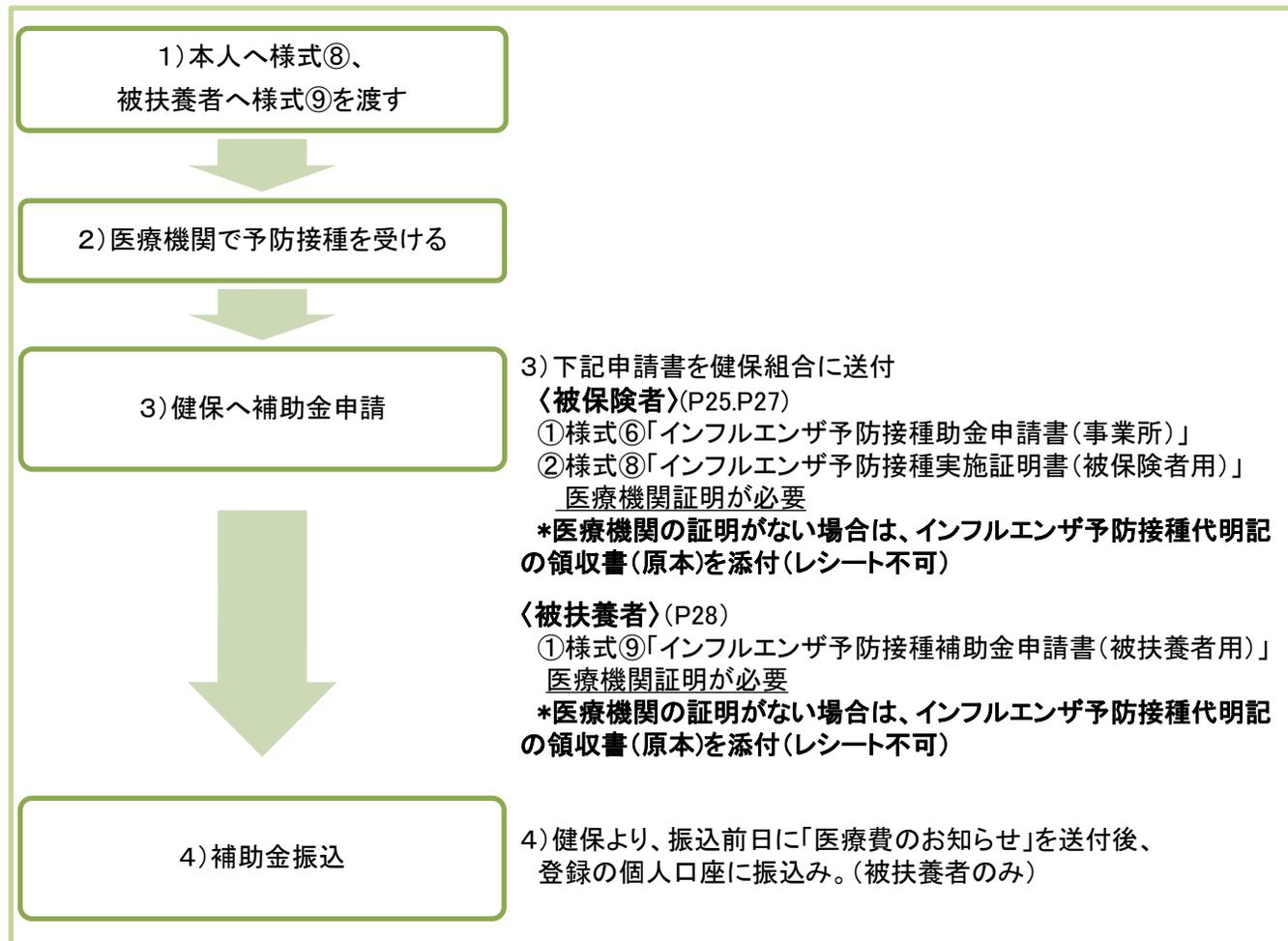
被保険者の健保登録口座

(6) 申請の流れ

1) 事業所で医療機関に接種料金を支払う場合



2) 医療機関で個人ごとに接種の場合(被保険者、被扶養者)



様式⑥

接種期限 令和7年12月31日(水)

申請期限 令和8年1月30日(金)

健保事務担当者氏名	
-----------	--

インフルエンザ予防接種 補助金申請書(事業所)

事業所記号		事業所名	
接種期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
接種種別	インフルエンザ予防接種		
接種者数	人		

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

事業所名

事業主

茨城県農協健康保険組合理事長 殿

補助金振込先 (事業所口座)	口座名義(カタカナ) _____ (_____) _____ 農協 _____ 支店 _____ 普通 No. _____ _____ 信連 _____ 本店 _____ 当座
-------------------	---

/ 受付印 \

茨城県農協健康保険組合

インフルエンザ予防接種実施者名簿

※Excelデータ(CD)での提出をお願いします。領収書の写しを添付して下さい。

事業所記号

事業所名

	資格情報の お知らせ番号	氏名	接種日	接種費用
1			年 月 日	円
2			年 月 日	円
3			年 月 日	円
4			年 月 日	円
5			年 月 日	円
6			年 月 日	円
7			年 月 日	円
8			年 月 日	円
9			年 月 日	円
10			年 月 日	円
11			年 月 日	円
12			年 月 日	円
13			年 月 日	円
14			年 月 日	円
15			年 月 日	円
16			年 月 日	円
17			年 月 日	円
18			年 月 日	円
19			年 月 日	円
20			年 月 日	円

様式⑧

接種期限 令和7年12月31日(水)

申請期限 令和8年1月30日(金)

インフルエンザ予防接種 実施証明書(被保険者用)

- 必ず、医療機関証明欄に記入のうえ、健保事務担当者に提出して下さい。医療機関証明がない場合は、インフルエンザ予防接種代明記の領収書(原本)の添付が必要です。
- 対象者は、被保険者です。
ただし、市町村の助成対象者(65歳以上等)は健保補助対象外です。

被 保 険 者 記 入 欄	資格情報のお知らせ 記号・番号	-	被保険者住所	
	事業所名		被保険者氏名	

氏名	予防接種受診者	接種日	領収額	市町村公費助成(※)
		年 月 日	円	有 ・ 無
医 療 機 関 証 明 欄	(※) 市町村から公費助成がある場合は「有」、全額自費の場合は「無」に○をつけて下さい。			
	上記のとおり予防接種を実施したことを証明いたします。			
	令和	年	月	日
	所在地			印
医療機関名				

茨城県農協健康保険組合

申請期限 令和8年3月31日(火)

インフルエンザ予防接種補助金申請書(被扶養者用)

- この申請書は、1世帯ごとです。必ず、医療機関証明欄に記入のうえ、健保事務担当者に提出して下さい。
ただし、医療機関の証明がない場合は、インフルエンザ予防接種代明記の領収書(原本)の添付が必要です。
- 2回接種の場合は、2回接種後に申請して下さい。
- 補助対象者は、令和8年4月1日現在18歳以下で、接種時満1歳以上の被扶養者。
ただし、市町村の助成がある場合は健保補助の対象外です。例えば、市町村の助成が1回接種のみの場合は、2回目のみ当健保が助成します。

被 保 険 者 記 入 欄	資格情報のお知らせ 記号・番号		-	被保険者住所									
	事業所名				被保険者氏名								
	予防接種を受けた被扶養者										医療機関の証明がない場合は、記入して下さい。		
	氏名		H・R	年	月	日	歳	続柄	接種	1回目	月	日	公費助成:有・無
				生					2回目	月	日	公費助成:有・無	
	氏名		H・R	年	月	日	歳	続柄	接種	1回目	月	日	公費助成:有・無
				生					2回目	月	日	公費助成:有・無	
	氏名		H・R	年	月	日	歳	続柄	接種	1回目	月	日	公費助成:有・無
				生					2回目	月	日	公費助成:有・無	
	氏名		H・R	年	月	日	歳	続柄	接種	1回目	月	日	公費助成:有・無
			生					2回目	月	日	公費助成:有・無		
実施医療機関		名称				所在地							
令和 年 月 日 上記のとおり申請いたします。 茨城県農協健康保険組合 理事長 殿													
補助金振込先		※ 健保組合に登録した口座に振り込みします → マイナポータル等で事前登録した公金受取口座ではありません											

医 療 機 関 証 明 欄	予防接種者		接種回数	領収額	市町村公費助成(※)	補助額(健保記入欄)
	氏名		1回目		有・無	円
			2回目		有・無	円
	氏名		1回目		有・無	円
			2回目		有・無	円
	氏名		1回目		有・無	円
			2回目		有・無	円
	氏名		1回目		有・無	円
2回目				有・無	円	

(※)市町村から公費助成がある場合は「有」、全額自費の場合は「無」に○をつけて下さい。

令和 年 月 日 上記のとおり予防接種を実施したことを証明いたします。

住所

医療機関の名称

受付印

7. 健康づくり活動支援要領

茨城県農協健康保険組合に加入する事業所において、被保険者の健康づくりを目的とし、また、従業員の健康管理を経営的な視点で考え、戦略的に取り組んでいる事業所に対し、次の基準により事業支援及び経費の助成を行う。

(1) 助成対象者

健康づくり活動は、健康保険組合に加入する被保険者が主体となるものとする。

(2) 助成対象事業

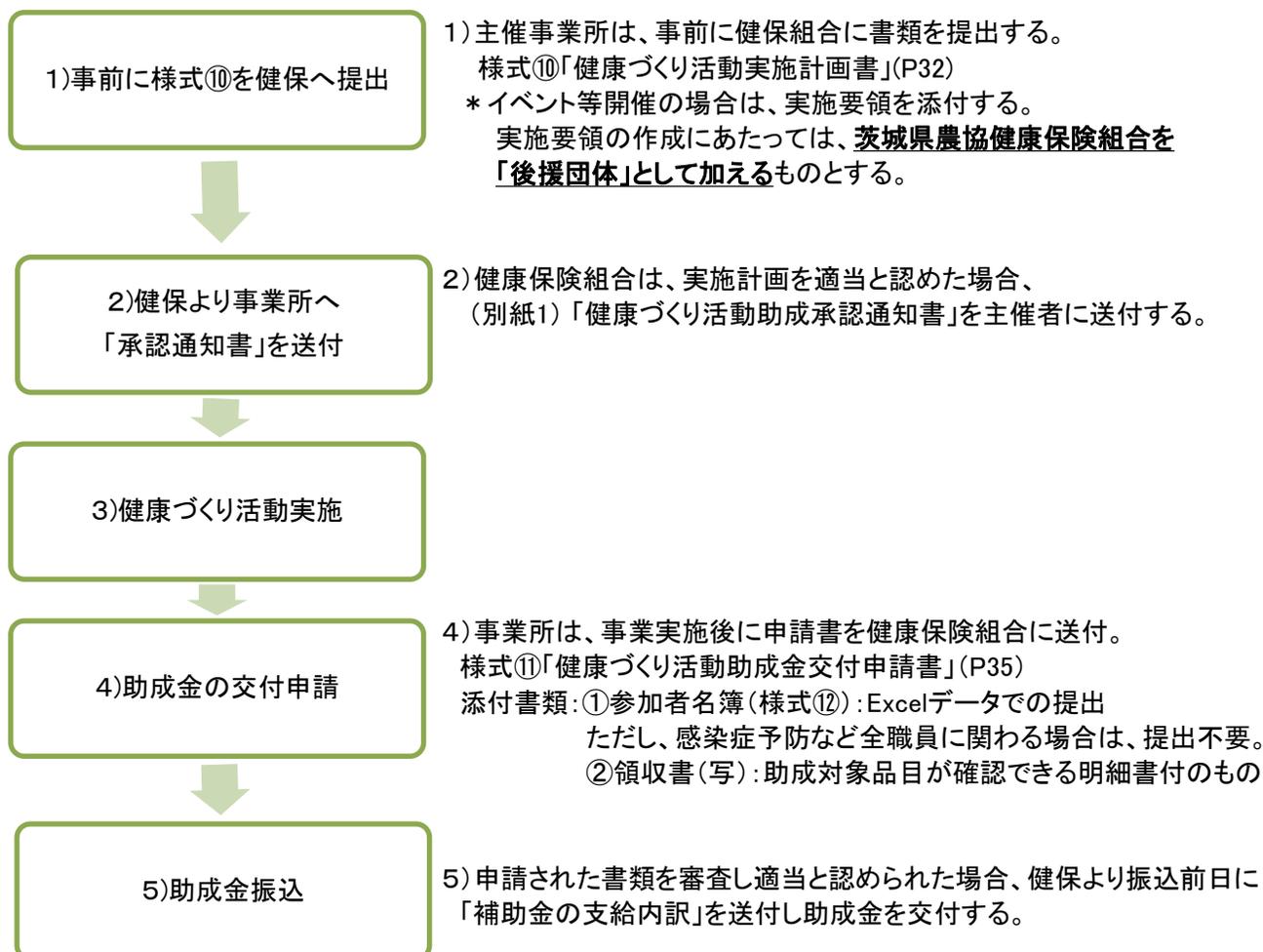
- 1) 体育事業
各種体育事業
- 2) 健康づくり啓発事業
 - ①メンタルヘルス研修会
 - ②メタボリックシンドローム予防研修会
 - ③その他の健康づくり研修会
 - ④受動喫煙防止・禁煙対策に関する取組み(啓発研修会、リーフレット購入等)
 - ⑤かぜ・インフルエンザ等感染症予防に関する取組み(消毒薬・手洗い石鹸購入等)
 - ⑥熱中症予防に関する取組み(WBGT測定器購入等)
- 3) 健康経営推進事業
 - ①健康経営優良法人の認定申請
 - ②健康経営アドバイザー認定講座の受講
 - ③その他健康経営に関連する取組み

(3) 助成金額

助成する経費の対象は、(別表1)のとおりとする。

- 1) 体育事業
助成金は、参加被保険者1人当たり1,000円(1回につき)を上限とし、限度額は、(別表2)とする。
- 2) 健康づくり啓発事業
助成金は、経費の70%(1回につき)とし、限度額は、(別表3)とする。
- 3) 健康経営推進事業
 - ①健康経営優良法人の認定申請及び
 - ②健康経営アドバイザー認定講座の受講に掛かる費用は、初回に限り全額を助成する。
 - ③その他健康経営に関連する取組みは、(1)体育事業(2)健康づくり啓発事業に準ずる。

(4) 交付申請方法



(別表1)

(1) 体育事業	食事代を除く経費
(2) 健康づくり啓発事業	
①②③ 研修会	講師謝礼・旅費、資料代、会場費(光熱費含む)
④ 受動喫煙防止	啓発研修会費、ポスター・リーフレット購入費等
⑤ 感染症予防	* 事業所内で職員の感染予防のため共用する物 ・消毒薬・手洗い石鹸、除菌シート、透明衝立、加湿器等 ・消毒用雑貨(ビニール手袋、キッチンペーパー等) (ワクチン接種費用及び個人毎に使用する風邪薬、マスク、フェイスシールド、防護服等は対象外)
(3) 健康経営	① 認定申請② 認定講座受講:費用の全額を助成(初回限定) (参考)大規模法人部門 1法人 88,000円 中小規模法人部門 1法人 16,500円 健康経営アドバイザー資格取得 受講料8,800円 ※①②は、認定後に助成金申請 ③ その他:体温計、血圧計、体重計、歩数計、ラジオ体操のCD等 (「健康づくり推進事業所宣言」チェックシートに記載のある物)

※上記以外は、その都度協議することとする。

(別表2) 体育事業

助成額	事業所被保険者数	1事業所当たり 年度内助成限度額
参加被保険者1人当たり 上限額 1,000 円 (1回につき)	100人未満	50,000円
	300人未満	150,000円
	600人未満	200,000円
	1,000人未満	250,000円
	1,000人以上	300,000円

(別表3) 健康づくり啓発事業

助成額	事業所被保険者数	1事業所当たり 年度内助成限度額
経費の70% (1回につき)	100人未満	100,000円
	300人未満	200,000円
	600人未満	300,000円
	1,000人未満	350,000円
	1,000人以上	400,000円

健康づくり活動実施計画書

1. 実施事業名	
2. 実施期間	年 月 日 ~ 年 月 日
3. 主催者	
4. 後援	茨城県農協健康保険組合
5. 実施被保険者数	人
6. 実施予算額	円
7. 実施予定概要	
8. その他 (講師派遣の依頼等)	

上記のとおり計画したので、実施要領を添えて申請いたします。

令和 年 月 日

事業所名
代表者名 _____ 印

健保事務担当者氏名	
-----------	--

茨城県農協健康保険組合

<注意>

- ①この計画書は、事前(2週間前)に提出して下さい。イベント等開催の場合は、実施要領を添付して下さい。
- ②実施要領の作成にあたっては、「後援団体」として茨城県農協健康保険組合を加えて下さい。
- ③実施計画が適当と認められた場合、健保組合より「健康づくり活動助成承認通知書」を送付します。

健康づくり活動実施計画書

1. 実施事業名	感染症予防に関する取組み		
2. 実施期間	令和〇年4月1日～令和〇年3月31日		
3. 主催者	JA〇〇		
4. 後援	茨城県農協健康保険組合		
5. 実施被保険者数	〇〇人(被保険者数)		
6. 実施予算額	500,000円		
7. 実施予定概要	<p>感染症予防のため、</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 事務所内・車内、職員の手指の消毒を実施する。 2. 飛沫感染防止のため、ビニールシートを設置する。 職員へ別紙「感染予防計画(発信:総務企画部)」の文書により周知する。 <p>購入予定品</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. アルコール消毒液・噴霧ディスペンサーを各店に設置 予算100,000円 2. 各店窓口にビニールシート設置 予算400,000円 		
8. その他 (講師派遣の依頼等)	なし		
<p>上記のとおり計画したので、実施要領を添えて申請いたします。</p> <p>令和〇年〇月〇日</p> <p style="text-align: right;">事業所名 JA〇〇</p> <p style="text-align: right;">代表者名 〇〇 〇〇 印</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 150px;">健保事務担当者氏名</td> <td style="width: 150px;"></td> </tr> </table>		健保事務担当者氏名	
健保事務担当者氏名			

茨城県農協健康保険組合

<注意>

- ①この計画書は、事前(2週間前)に提出して下さい。イベント等開催の場合は、実施要領を添付して下さい。
- ②実施要領の作成にあたっては、「後援団体」として茨城県農協健康保険組合を加えて下さい。
- ③実施計画が適当と認められた場合、健保組合より「健康づくり活動助成承認通知書」を送付します。

(事業所)
(主催者名)

茨城県農協健康保険組合
理事長 八木岡 努
(公印省略)

健康づくり活動助成承認通知書

先に貴事業所より申請のあった健康づくり活動助成金につきまして、「健康づくり活動実施計画書」の事業内容を、当健康保険組合が定める「健康づくり活動支援要領」に基づき審査した結果、下記のとおり助成対象事業として承認しましたので通知いたします。

記

1. 事業所 _____
2. 助成対象事業名 _____
3. 参加被保険者数 約 _____ 名
4. 実施期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日
5. 助成金(見込) _____ 円

なお、事業実施後は、必要書類等を添えて「健康づくり活動助成金交付申請書」の提出をお願いします。

健康づくり活動助成金交付申請書

1. 実施事業名			
2. 実施期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
3. 主催者			
4. 後援	茨城県農協健康保険組合		
5. 参加被保険者数	人		
6. 実施決算額	円		
7. 実施概要			
8. 助成金振込先	フリガナ 口座名義 _____ 信連 本店 _____ 農協 本店 ・ _____ 支店 普通 ・ 当座 口座No. _____		
上記のとおり、実施しましたので参加者名簿と領収書（写）を添えて、助成金の交付申請をいたします。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 事業所名 代表者名 _____ 印 </div> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">健保事務担当者氏名</td> <td style="width: 150px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </div>		健保事務担当者氏名	
健保事務担当者氏名			

茨城県農協健康保険組合

健康づくり活動参加者名簿

※ Excelデータ(CD)での提出をお願いします。

領収書の写しを添付して下さい。

事業所記号

事業所名

	資格情報のお知らせ番号	氏名
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

8.家庭常備薬の斡旋事業

風邪やけが等の急な体調不良の応急処置に役立てるよう、常備薬等を特別価格にて斡旋します。夏期・冬期の2回、申込書(チラシ)を配布予定です。

(1)利用対象者

当組合の被保険者とその家族

(2)利用回数

制限なし(夏期・冬期それぞれの申込期間内に限る)

(3)利用方法

希望者は、配布の申込書(チラシ)を利用し、紙又はWEBにより直接申し込みのうえ、料金を支払う。

※注意事項 1)利用対象者以外の利用及び不正な利用等により委託会社に損害が生じた場合は、本事業が継続できなくなりますのでご注意ください。

2)お申込、代金、商品等に関するお問い合わせ先

白石薬品(株)茨城県農協健康保険組合 受付係
TEL:072-940-7085(直通) (平日9:00~17:00)

第2章 体育奨励事業

1. 各種スポーツ大会

(1) 家族ふれあいヘルスアップ大会

家族や職場仲間でウォークラリー等の実施

5月25日(日) 国営ひたち海浜公園(ひたちなか市)

(2) 軟式野球大会

事業所の男性職員を対象とした軟式野球県大会の開催

6月7日(土) 水戸市田野市民球場(水戸市田野町)

6月28日(土) //

7月5日(土)(予備日) //

7月12日(土) //

(3) ゴルフ大会

事業所の被保険者を対象としたゴルフ大会

秋開催予定

(4) 男女混合ソフトバレーボール大会

事業所の被保険者を対象としたソフトバレーボール大会

8月9日(土) 水戸市総合運動公園体育館(水戸市見川町)

(5) ソフトボール大会

事業所の被保険者を対象としたソフトボールの地区予選および県大会の開催

10月11日(土) 水戸市田野市民球場(水戸市田野町)

10月25日(土)(予備日) //

(6) ウォーキングチャレンジ月間(Pep Up限定)

7月、10月、3月

2. 契約施設の利用割引

健康保険組合では、県内温泉施設をはじめレジャー施設との間に割引利用契約を結んでいます。家族そ ろっての保養と健康づくりに、そしてストレス解消などにお役立て下さい。

(1) 利用対象者 当組合の被保険者とその家族

(2) 利用回数 制限なし

(3) 利用方法 ホームページ(<https://www.ib-kenpo.or.jp/>)より、契約施設利用ガイドの「施設利用 割引券」を印刷し、各施設の入場券購入時に割引を受けて下さい。

- ※注意事項
- ① サービス内容は予告なく変更になる場合がありますので、あらかじめご確認の上 ご利用下さい。
 - ② 利用対象者以外の利用等、不正な利用が行われて施設に損害が出た場合は、契約が 解除されることとなりますのでご注意下さい。

4) 契約施設一覧

	施設名	所在地、TEL	区分	利用料金
1	フォレスパ大子 *7/1～8/31は屋外プール利用可	久慈郡大子町浅川2921 TEL.0295-72-6100	中学生以上 小人 (小学生)	正規料金より100円割引
2	森林の温泉	大子町矢田15-12 TEL.0295-72-3200	中学生以上 小人 (3歳～小学生)	正規料金より100円割引
3	ぬく森の湯	常陸太田市大中町2076-6 TEL.0294-82-3366	中学生以上 小人 (3歳～小学生)	正規料金より100円割引
4	ごぜんやま温泉 四季彩館	常陸大宮市長倉407-2 TEL.0295-55-2626	中学生以上 小人 (3歳～小学生)	正規料金より100円割引
5	阿字ヶ浦温泉のぞみ	ひたちなか市 阿字ヶ浦町3290 TEL.029-265-5541	全年齢	レンタルタオルサービス (入館料は正規料金)
6	やちよ乃湯 *改修工事のため、 R7.9下旬頃までの利用に限る	八千代町松本592 TEL.0296-48-4126	中学生以上	500円
			小学生	200円

※他のサービスとは併用できません。料金は変更になる場合があります。

第3章 保健指導宣言事業

1. Pep Up

スマホ・PCを利用した、健康づくりに役立つ健康ポータルサイト

～Pep Upでできること(一部)～

(1) 健診結果の閲覧

過去の健診結果と、それに基づいたアドバイスや自身の「健康年齢」等

(2) 医療費のお知らせ、ジェネリック差額通知

医療費の推移をグラフ化、またジェネリックに変得た場合の医療費差額を表示

(3) ウォーキングなどのイベント参加

ウォーキングラリーやクイズなどに参加し、ポイントが取得できる

(4) 日々の数値データ記録、グラフ表示

体重、血圧、歩数など、数値の入力により、健康状態を“見える化”する

(5) Pepポイントを素敵な商品に交換

イベント参加などで貯めたポイントは、さまざまな賞品と交換が可能

【本人確認用コード再発行について】

・QRコードから再発行申請を行う

・添付の「Pep Up本人確認用コード再発行依頼書」(P41)を記入し、健保へFAXする

本人確認用コード
再発行申込み



2. 広報

(1) 機関誌「げんきmy life」の発行

事業所と支店(支所)を対象に年4回(4月・7月・10月・1月)発行しています。(バックナンバーは、ホームページで閲覧可能。)

送付部数の追加・変更がある場合は「配布部数変更届」(P42)を提出して下さい。

(2) ホームページ <https://www.ib-kenpo.or.jp/> (R7.4からリニューアルしました。)

・当健康保険組合の事業をはじめとする様々な情報を提供

・健保事務担当者のページからは、各種申請書をダウンロード可能

・リニューアルに伴い、今後、健保からの事務連絡等を事業所ごとに登録いただいた代表のメールアドレスへ通知いたします。今夏7月頃に運用開始を予定しており、詳細については後日ご連絡します。

【事務連絡等確認の流れ】

① 健保からのメールを受信

② メール内のURLをクリック(健保ホームページのお知らせ等へリンク)

③ 詳細内容及びデータの取得

(3) 「健康強調月間」等のポスター配布

事業所を対象に年1回配布します。

(4) 健保新聞「すこやか健保」の配布

事業所を対象に毎月配布します。

健保HP_QRコード



3. 健保事務担当者研修会

健康保険の実務や健康づくり事業についての研修(5月)

4. 健康管理委員研修会

職場における健康管理やメンタルヘルス対策等についての研修(10月)

5. 医療費のお知らせ

医療費のコスト意識と、健康意識を啓発するため、1月・3月に発行

6. ジェネリック医薬品(後発医薬品)の普及促進

医療費のコストを下げるため、先発医薬品に比べて安く有効性や安全性に問題がないジェネリック医薬品の差額通知

PepUp本人確認用コード再発行依頼書

太枠内すべてご記入の上、JAメール便や郵送またはFAX(029-226-7554)でご提出ください。

保険証	記号	番号	事業所名			
氏名						
生年月日	昭和・平成	年	月	日	性別	男 ・ 女
電話番号						
日中ご連絡がとれる職場や携帯番号をご記入ください。						
提出先	〒310-0022 水戸市梅香1-5-5 JA会館分館5階 茨城県農協健康保険組合 健康推進課 TEL:029-232-2270 FAX:029-226-7554					

【注意事項】

- 1.PepUpに登録済みの方の、ログインパスワードを再発行するためのものではありません。
- 2.再発行したコードはお勤め先の事業所を通して、個別の封筒で送付いたします。

「げんき my life」配付部数変更届

茨城県農協健康保険組合 御中

FAX.029-226-7554

「げんき my life」の配付部数について、下記のとおり申し込みます。

(※) 本店・支店(支所)および各部署(室)数の合計部数をご記入下さい。

希望部数	部
------	---

令和 年 月 日

事業所名 _____

第4章 その他の保健事業

高額医療費資金貸付

- 被保険者および被扶養者の高額な医療費に対し、高額療養費支給見込額の10分の8に相当する額を無利息で貸し付けします。

出産費資金貸付

- 出産育児一時金の支給を受けることが見込まれる被保険者および被扶養者に対し、その支給を受けるまでの間、出産育児一時金の10分8を限度に無利息で貸し付けします。

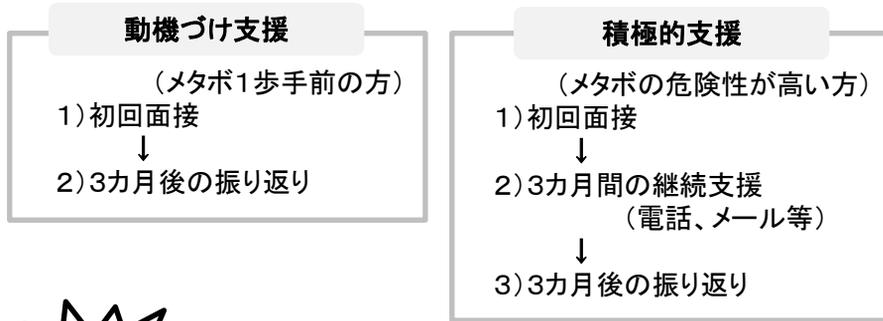
特定保健指導のご案内

当健保では、メタボリックシンドロームに着目した「特定保健指導」を実施しています。
将来の生活習慣病予防及びご自身の生活習慣を見直す良い機会ですので、是非ご利用下さい。

＜対象者＞… 特定健診の結果、特定保健指導判定(下図)により、『動機づけ支援』または『積極的支援』に該当された方。(ただし、高血圧、糖尿病、高脂血症で服薬治療中の方、健診医が要治療と判断した方は除きます)

★対象者には、健保組合又は健診機関より、ご案内があります★

＜内容＞… 特定保健指導は、メタボリックシンドロームのリスクの程度に応じて2種類あり、いずれも保健師・管理栄養士等が、あなたに合った方法で、生活習慣の改善をサポートします。

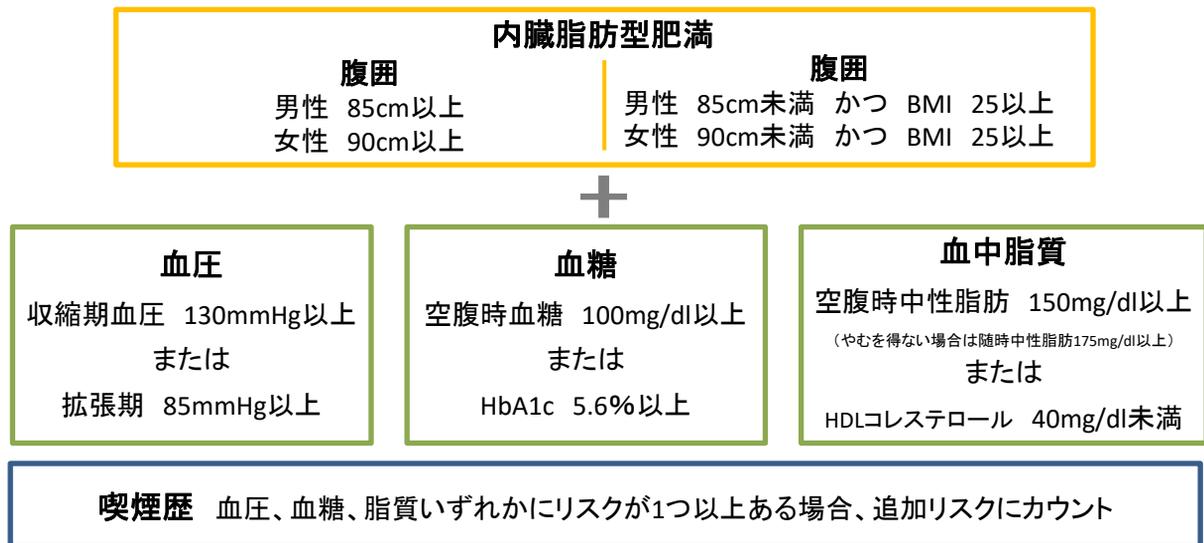


＜費用＞…



下記料金を健保が全額負担します！
『動機づけ支援』: 8,000～11,000円
『積極的支援』: 24,000～33,000円

＜特定保健指導の判定方法＞



● + ● 2項目以上該当 … 積極的支援
 ● + ● 1項目該当 … 動機づけ支援

詳しくはこちらから⇒



<健診内容表>

		生活習慣病予防健診	人間ドック	特定健康診査
問診		○	○	○
診察		○	○	○
身体計測	身長	○	○	○
	体重	○	○	○
	肥満度	○	○	
	BMI(体格指数)	○	○	○
	腹囲	○	○	○
循環器	血圧	○	○	○
	心電図	○	○	□
血液一般	赤血球数	○	○	□
	白血球数	○	○	
	血色素(ヘモグロビン)	○	○	□
	血液容積(ハマトクリット)	○	○	□
血中脂質	総コレステロール	○	○	
	中性脂肪	○	○	○
	HDLコレステロール	○	○	○
	LDLコレステロール	○	○	○
糖代謝	尿糖	○	○	○
	血糖(空腹時)	○	○	○
	ヘモグロビンA1C	○	○	○
腎機能	尿酸	○	○	
	クレアチニン	○	○	□
	尿蛋白	○	○	○
	尿潜血	○	○	
肝機能	GOT	○	○	○
	GPT	○	○	○
	γ-GTP	○	○	○
胸部レントゲン		○	○	
消化器	胃部レントゲン	※オプション	○	
	腹部超音波		○	
	便潜血	○	○	
眼科	視力	○	○	
	眼底		○	□
	眼圧		○	
聴力		○	○	

※…40歳以上が補助対象

□…医師の判断により、選択的に実施する項目

〈オプション検査一覧表〉

種類	検査内容	
胃がん検診	胃部レントゲン検査	
ABC検診	ペプシノゲン量とピロリ菌感染の有無を調べる血液検査	
ピロリ菌検査	血液・便・尿検査等、健診機関(医師)により異なる	
子宮がん検診	頸部細胞診	子宮頸部の細胞診
	HPV検査	子宮頸がんの原因となるヒトパピローマウイルスの有無を調べる
乳がん検診	エコー検査	乳房エコー(超音波)検査
	マンモグラフィ検査	乳房X線検査(健診機関により2D及び3Dがある)
前立腺がん検査	PSA(前立腺特異抗原)を調べる血液検査	
脳ドック	頭部MRI・MRA等の検査	
肺ドック	ヘリカルCT・喀痰細胞診等の検査	
骨粗しょう症検診	DXA(デキサ)法ほかX線検査、超音波検査等により骨密度を調べる	

FAX. 029-226-7554 茨城県農協健康保険組合

申込期限：3月7日（金）まで

※FAX 送信後の確認連絡は不要です

令和7年度 人間ドック申込書

J A O O
定期健診実施月 4~12月

記号・番号 111-222

事業所名 J A O O

ドック対象者 健保 太郎 (ケホ 知) 性別(男) 続柄(本人)

生年月日 (昭和50年07月01日) 満年齢 (50歳)

希望月 月
*定期健診月を目安に記入して下さい。

役職名 _____

ご自宅住所 〒 _____ 住所 _____

職場の連絡先 TEL. _____ FAX. _____ 携帯 (自宅) _____

お電話のつながりやすい時間帯があればご記入ください。【9:00-16:30 内】 : _____ ~ _____ :

1. 希望月・役職名・住所・連絡先電話番号を記入して下さい。
2. 希望する健診機関及び追加ドック・オプション検査に○印を付けて下さい。高萩・土浦・とりでのみ、第3希望まで月日を記入してください。
(注)※1 ◇は、別日程になる場合があります。(つくば総合健診センターの肺ドックは火曜限定となります。)
3. 健保組合までFAXして下さい。受診日は希望された健診機関より直接ご連絡があります。

健診機関	追加ドック		胃内視鏡	オプション検査						
	脳ドック	肺ドック		ABC検診	子宮頸がん	乳がん		女性のみ 骨粗鬆症	男性 50歳以上	
1. 水戸協同病院	脳	肺	希望	ABC	◇細胞診		◇エコー		骨	前立腺
2. 県北医療センター高萩協同病院 [希望月日① / ② / ③ /]	◇脳	肺	希望	ピロリ	細胞診		エコー	マンモ	骨	前立腺
3. 土浦協同病院 [希望月日① / ② / ③ /]	脳	肺	/	便中 ピロリ	細胞診	細胞診 HPV	エコー	マンモ	骨	前立腺
4. JA とりで総合医療センター [希望月日① / ② / ③ /]	脳	肺	希望	ABC	細胞診	細胞診 HPV	エコー	エコー・ マンモ	骨	(含む)
5. 茨城西南医療センター病院	脳	肺	希望	ピロリ	細胞診	細胞診 HPV	エコー	マンモ	骨	(含む)
6. なめがた地域医療センター	/	/	/	ABC	細胞診		エコー	2D トモシン(3D)	骨	前立腺
11. 茨城県メディカルセンター (水戸市)	/	肺	/	ABC	細胞診	細胞診 HPV	エコー	エコー・ マンモ	骨	前立腺
12. 白十字会総合健診センター	脳	肺	/	ABC	細胞診		エコー	マンモ	骨	前立腺
13. つくば総合健診センター (筑波メディカルセンター病院)	脳	◇肺	希望	ピロリ	細胞診	細胞診 HPV	エコー	マンモ	骨	前立腺
14. 日立総合健診センター (日製病院)	脳	肺	/	ピロリ	細胞診	細胞診 HPV	エコー	マンモ	骨	前立腺
16. つくばトータルヘルスプラザ (筑波記念病院)	脳	肺	希望	/	細胞診		エコー	マンモ	骨	前立腺
17. 東関東クリニック	/	肺	希望	ABC	細胞診	細胞診 HPV	エコー		骨	前立腺
18. 水戸済生会総合健診センター [自費希望オプション]	/	肺	/	ABC	細胞診	細胞診 HPV	エコー (奇数年令)	マンモ (偶数年令)	骨	前立腺
19. ひたちなか総合病院健診 センター (日製病院)	◇脳	肺	/	ピロリ	細胞診		エコー		骨	前立腺
20. 霞ヶ浦成人病研究事業団健診 センター (東京医大茨城医療センター)	脳	肺	希望	ABC	細胞診	細胞診 HPV	エコー	マンモ	骨	(50歳以上含む)
21. 友愛記念病院健診センター	脳	肺	希望	ピロリ	細胞診	細胞診 HPV	エコー	マンモ	骨	前立腺

