

35歳以上

特定健診のご案内

下記のパターン①【ご希望施設申込型】・パターン②【実施会場選択型(巡回型)】のいずれかを選択ください。

対象者

被扶養者・任意継続被保険者

(2024年4月1日現在加入者の方)

(35歳～74歳：2025年3月末時点の年齢)

※健診受診時点で当組合の被扶養者資格を喪失されている場合は、対象外となります。

次の2条件を満たした方には、健保LINEアカウントよりQUOカードpay2,000円分をもらえなく進呈します！

条件1 健保LINEアカウントに「友だち登録」し、「本人確認を完了」した方

条件2 7月末までに特定健診を申し込み、3月末までに特定健診を受診した方

または、パート先などで特定健診を受けて、当組合に健診結果を送付いただいた方

登録はコチラ！



パターン①

ご希望施設申込型特定健診

ご希望の医療機関、ご希望の日にちで受診いただけます。

申込期間

2024年6月1日(土)～2024年12月26日(木)

健診期間

2024年7月1日(月)～2025年3月31日(月)

健診コース

特定健診＋オプション

特定健診追加項目(1,000円以上)とオプション健診は健診機関窓口にて自己負担となります。

節目健診

35歳以上60歳まで5歳刻みの対象年齢の方は節目健診を受診いただけます。

申込方法

ハガキ・FAX・Webにてお申し込みください。

モー健診受けました？



パターン②

実施会場選択型特定健診

健診会場リストより、ご希望の会場・日にちを選んで受診いただけます。

(健診会場は当組合のホームページに掲載しています「巡回健診会場リスト」より選んでください)

申込期間

2024年6月1日(土)～2024年12月15日(日)

健診期間

2024年8月1日(木)～2025年3月31日(月)

健診コース

特定健診＋オプション

オプション健診は当日会場にて自己負担となります。

節目健診

節目健診は受診いただけません。

申込方法

ハガキ・FAXにてお申し込みください。

いずれかをご選択ください



アルバイト先、パート先で健診を受診された方

アルバイト先、パート先で受診された方で、当特定健診を受診されない方は、健診結果と問診票を当組合までご返送ください。詳しくは別紙案内をご覧ください。

また、当組合のホームページのトップにある「被扶養者・任継者の特定健診申し込み」からも手続きができますので、ご利用ください。

被扶養者・任継者の
特定健診の申し込み



* 当事業の運営（事務手続き、受診予約、受診結果データの取り扱い）は、株式会社 法研関西、ホームネット株式会社に委託しています。

パターン①

ご希望施設申込型特定健診申込手順『ハガキ』『FAX』『Web』

1

健診内容を確認し、健診コースを選択

本健診は、特定健診（節目健診追加あり）にプラスしてオプション項目を追加することができます。
P.3～P.4を参照し、健診コースと必要なオプション項目を選択してください。



3

郵送またはFAXしてください

ハガキに必要な事項をすべてご記入後、のりづけしてポストにご投函ください。
FAXの場合は
FAX: 03-3340-3096 へ

4

『予約確認書』と『特定健診22項目問診票』をお送りします

投函から2週間前後で、受診日時、医療機関名などが記載された『予約確認書』と『特定健診22項目問診票』を郵送にてお届けします。
なお、『予約確認書』、『特定健診22項目問診票』、『保険証』は受診する際に必ずご持参ください。

2

ハガキに記入

綴じ込みのハガキ（パターン①）に必要な事項をご記入ください。

- ① **保険証の記号・番号**をご記入ください。
- ② **「被保険者」のお名前・フリガナ**をご記入ください。
- ③ **「受診される方」のお名前・フリガナ・続柄・生年月日・住所・自宅電話番号・携帯電話番号**をご記入ください。
- ④ **希望医療機関名**をご記入ください。

希望医療機関は、全国どの医療機関でもけっこうです。お近くの受診しやすい**医療機関名・電話番号・住所**をご記入ください。なお、医療機関によっては、本システムを取り扱えないことがありますので、医療機関の変更をお願いする場合があります。

ご希望の医療機関がない場合は、お電話にてお問い合わせください。医療機関をご紹介させていただきます。

- ⑤ **健診希望日を第2希望日まで**ご記入ください。
(**受診期間 2025年3月31日まで**)

受診手続きには2週間程度かかります。ハガキ投函日より3週間以降の日をご希望ください。予定が未定の場合でも、希望日をご記入ください（例 10月上旬など）。予約確定までに時間を要する場合は、その旨連絡させていただきます。

- ⑥ **健診コースと必要なオプション項目**を選択してください。
- ⑦ **申込期間は、2024年12月26日まで**です。

5

予約の変更は電話一本で

急用など、決められた受診日に受診できなくなった場合は、下記へご連絡ください。すぐに予約変更の手続きをします（受診先が変わる場合は、『予約確認書』を再発行します）。

変更・お問い合わせ先

ホームネット株式会社
☎ 0120-810-928
FAX 03-3340-3096

6

受診

『予約確認書』、『保険証』、記入した『特定健診22項目問診票』を健診機関にお持ちください。自己負担額がある場合は、健診機関窓口で、料金をお支払いください。

7

健診結果のお届け

健診後、3週間～1カ月で医療機関より健診結果が手元に届きます。



Webでも予約ができます

- 1 下記URLにアクセスし、画面に従って必要事項を入力してください

<https://www.hndb.jp/nippon-paint/>

※予約確認書等受診の際に必要な書類はメールで届きます。
プリンタをお持ちでない場合は、ハガキまたはFAXでお申し込みください。



- 2 初回登録を行ってください



- 3 マイページにログインしてください



特定健診項目と健診費用

特定健診は、メタボリックシンドローム予防に重点をおいた健診です。
 特定健診項目にプラスしてオプションの健診項目(P.4参照)を選択できます。



特定健診項目

検査項目		内容	健診費用
診察	質問(問診)	● 生活習慣病のリスクを調べる判断材料として行います。	無料 ただし、 10,000円 を超える場 合は窓口にて 実費負担
身体計測	身長	● 身長、体重から肥満度を測定します。	
	体重	●	
	腹囲	● おへその高さでの腹囲が男性85cm以上、女性90cm以上になると内臓脂肪面積が100cm ² 以上に相当し、内臓脂肪蓄積のリスクがあるとみなされます。	
	肥満度・標準体重(BMI)	● 身長、体重から計算する肥満度(BMI)。腹囲が基準値を超えていなくてもBMIが25以上であれば、内臓脂肪蓄積のリスクがあるとみなされます。	
血圧等	血圧	● 最大血圧130mmHg以上または最小血圧85mmHg以上が血圧リスク。	
肝機能検査	AST(GOT)	● 肝臓などの臓器の細胞が壊れると血中に増えます。31U/l以上で異常が疑われます。	
	ALT(GPT)	● 肝臓などの臓器の細胞が壊れると血中に増えます。31U/l以上で異常が疑われます。	
	γ-GT(γ-GTP)	● アルコールで肝細胞が壊れると血中に増えます。51U/l以上で異常が疑われます。	
血中脂質検査	空腹時中性脂肪(食後10時間以上)	□ とりすぎると体脂肪として蓄えられ肥満を招き、HDLコレステロールを減らし、LDLコレステロールを増やします。空腹時中性脂肪の場合、150mg/dl以上が脂質リスク。	
	随時中性脂肪(食後10時間未満)	□ 空腹時であることが確認できない場合は、随時中性脂肪でも可。随時中性脂肪の場合、175mg/dl以上が脂質リスク。	
	LDLコレステロール	□ 動脈硬化をすすめる悪玉コレステロールで120mg/dl以上が保健指導判定値。	
	(Non-HDLコレステロール)	● 中性脂肪が400mg/dl以上の場合や食後に採血する場合にはLDLコレステロールの代わりに総コレステロールからHDLコレステロールを引いたものでも可。150mg/dl以上が保健指導判定値。	
血糖検査	空腹時血糖(食後10時間以上)	□ 膵臓から分泌されるインスリンの働きが悪くなると血糖値が上昇し、糖尿病のリスクが高まります。空腹時血糖100mg/dl以上が血糖リスク。	
	随時血糖(食後3.5時間以上10時間未満)	□ やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1cを測定しない場合は、食後3.5時間以上であれば随時血糖でも可。	
	HbA1c	□ 5.6%以上がリスク。	
尿検査	尿糖	● 糖尿病などで尿中の糖が増えます。	
	尿蛋白	● 腎臓や尿路系に異常があると増えます。	
血液学検査(貧血検査)	ヘマトクリット値	■	
	色素量	■ 貧血の検査項目	
	赤血球数	■	
心電図	12誘導心電図	■ 血糖、脂質、血圧、肥満のすべてが保健指導判定値を超えている場合など医師の判断で行う検査。	
眼底検査		■	
腎機能検査	血清クレアチニン検査(eGFR)	■ 腎臓に異常があると血液中に増えます。	

● 必須項目 ■ 医師の判断に基づき実施する項目 □ いずれかの項目の実施でも可

節目健診項目と健診費用

35歳以上60歳まで5歳刻み(35・40・45・50・55・60歳※
 2025年3月31日までに節目年齢に到達する方が対象です)
 の年齢の方は、右記健診項目を追加で受診することができます。
 ただし、2,000円を超える健診料金は、健診機関窓口にて
 実費負担となります(健診項目の料金は各医療機関にて異
 なります。ホームネット株式会社へお問い合わせください)。

※実施会場選択型特定健診(パターン②)では、節目健診の実施は
 ありません。

節目健診項目

健診項目	測定値で疑われる病気	健診費用	
血液検査	クレアチニン	腎疾患	合計で 2,000円を 超える金額は 自己負担
	総蛋白	肝疾患	
	尿酸	痛風	
	アミラーゼ	膵臓疾患	
	白血球	感染症・白血病	
	ヘマトクリット値	貧血・多血症	
	ALP	肝胆道疾患	
	A/G比	肝疾患	
	HbA1c	糖尿病	

※節目対象外の方はお申し込みできません。

オプション健診項目

P.3の特定健診項目に加えて、下記のオプション健診項目を選択できます。
申込書の追加オプション項目を選択ください。

自己負担額

オプション健診項目の料金は、すべて自己負担となります。
健診機関窓口にてお支払いください。

オプション健診項目の料金は、各健診機関により異なります。
事前に右記ホームネット株式会社へお問い合わせください。

なお、健診機関によってはご希望のオプション項目が実施できない場合もございますのでご了承ください。

変更・お問い合わせ先

ホームネット株式会社
0120-810-928
FAX 03-3340-3096



当組合の健診補助金制度をご利用ください

下記項目を受診の際は、領収書と右の補助金請求書を、被保険者の方は各社健康保険担当窓口へ、任意継続被保険者の方は当組合へご提出ください。各項目の補助金は各事業所経由で支給いたします（任意継続被保険者の方はご登録口座へ振り込みにて支給いたします）。

（不明な点がございましたら、日本ペイント健康保険組合 TEL06-6455-9190までお問い合わせください）

特定健診

健診の種類	健診内容	補助金額
子宮がん健診	細胞診	上限 5,000円
乳がん健診	マンモグラフィー または 乳房エコー	上限 5,000円
一般がん健診	胃部X線 胸部X線 大腸がん健診	上限 3,000円
前立腺がん健診	PSA (50歳以上)	上限 1,500円

巡回健診

健診の種類	健診内容	補助金額
子宮がん健診	細胞診	上限 5,000円
乳がん健診	マンモグラフィー または 乳房エコー	上限 5,000円
一般がん健診	胃部X線 大腸がん	上限 3,000円

※眼底、骨密度検査の補助はありません。

記入例

該当する項目に



出向元の会社名

領収書の金額を
ご記入ください。

保険証の記号が
1051~1085の方は
委任状のみご記入ください。

保険証の記号が
1101の方（任意継続者）
は領収書のみご記入ください。

日本ペイント健康保険組合 御中

常務理事	事務長	係
年 月 日		

子宮がん・乳がん健診 規程-30
 一般がん健診 補助金請求書 規程-31
 前立腺がん健診 規程-29

被保険者事業所名	〇〇〇株式会社		
保険証記号番号	1052-999	被保険者氏名	日ベ太郎
受診者氏名	日ベ花子 続柄 妻	生年月日	昭和47年1月1日 年齢 52歳

< 健診内容 >

子宮がん、乳がん健診	一般がん健診	前立腺がん健診			
補助金上限 子宮がん5,000円 乳がん5,000円	補助金上限 3,000円	補助金上限 1,500円			
(対象者) 20歳以上 被保険者・被扶養者	(対象者) 35歳以上 被扶養者・任意継続被保険者	(対象者) 50歳以上 被扶養者・任意継続被保険者			
健診種別	自己負担金	健診種別	自己負担金	健診種別	自己負担金
子宮がん	5000円	胃部X線	5000円	PSA(前立腺がん)	円
乳がん	6000円	胸部X線	3000円		
		大腸がん	1000円		
合計	11000円	合計	9000円	合計	円
※補助金額 (組合記入欄)	円	※補助金額 (組合記入欄)	円	※補助金額 (組合記入欄)	円

注) ※ 健診の補助金は年度（4月～翌年3月）1回です。
 ※ 健康保険証を使用して受けた健診費用は対象外です。
 ※ 健診費用は各自立替えの上、交付された領収書原本（健診内容が記載されたもの）を添付の上ご請求ください。
 ※ 補助金は健診受診後3か月以内に申請ください。
 ※ 市町村で健診補助があった場合は、自己負担のみ補助金の対象となります。

表記請求金額の受領を	— 記入不要 —	に委任する。
2024年 7月 1日		
被保険者氏名	日ベ太郎	
上記請求金額正に領収いたしました。		
2024年 7月 1日		
被保険者氏名	日ベ太郎	

※押印を省略する場合、事業主が以下の内容を確認し、確認欄にチェックしてください。

確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
<input type="checkbox"/>	

040401

提出先

保険証の記号が

1051~1085の方

出向元の会社の担当窓口（人事部または総務部）までご提出ください。

1101(任意継続者)の方

直接、日本ペイント健康保険組合までご提出ください。



右ページを切り取り、領収書とともに提出ください。

常務理事	事務長	係

年 月 日

- 子宮がん・乳がん健診 規程-30
 一般がん健診 補助金請求書 規程-31
 前立腺がん健診 規程-29

被保険者事業所名			
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

< 健診内容 >

子宮がん・乳がん健診		一般がん健診		前立腺がん健診	
補助金上限	子宮がん5,000円 乳がん5,000円	補助金上限	3,000円	補助金上限	1,500円
(対象者) 20歳以上 被保険者・被扶養者		(対象者) 35歳以上 被扶養者・任意継続被保険者		(対象者) 50歳以上 被扶養者・任意継続被保険者	
健診種別	自己負担金	健診種別	自己負担金	健診種別	自己負担金
子宮がん	円	胃部X線	円	PSA(前立腺がん)	円
乳がん	円	胸部X線	円		
		大腸がん	円		
合計	円	合計	円	合計	円
※補助金額 (組合記入欄)	円	※補助金額 (組合記入欄)	円	※補助金額 (組合記入欄)	円

- 注) ※ 健診の補助金は年度(4月~翌年3月)1回です。
 ※ 健康保険証を使用して受けた健診費用は対象外です。
 ※ 健診費用は各自立替えの上、交付された領収書原本(健診内容が記載されたもの)を添付の上ご請求ください。
 ※ 補助金は健診受診後3カ月以内に申請ください。
 ※ 市町村で健診補助があった場合は、自己負担のみ補助金の対象とします。

(事業所所属の方) 委任状	表記請求金額の受領を _____ に委任する。 年 月 日 被保険者氏名
(任意継続の方) 領収書	上記請求金額正に領収いたしました。 年 月 日 被保険者氏名

※押印を省略する場合、事業主が以下の内容を確認し、確認欄にチェックしてください。

確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。
<input type="checkbox"/>	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

領収書貼り付け用紙

※領収書がA4以下の場合はこの用紙に貼り付けてください。

パターン②

実施会場選択型特定健診(巡回型) 申込手順

1

健診コースを選択

本健診は、特定健診基本健診項目にプラスしてオプション項目を追加することができます。
必要なオプション項目を選択してください。

健診を
受けましょう



3

郵送または FAXしてください

ハガキに必要事項をすべてご記入後、のりづけしてポストにご投函ください。

FAXの場合は

FAX: 03-3340-3096へ



5

健診に必要な書類等が 届きます

健診実施機関より、健診に必要な書類等(問診票・注意事項・受付時間・会場地図等)を健診日の1~2週間前までにご自宅に郵送いたします。

※ 注意事項をよくお読みください。

2

ハガキに記入

綴じ込みのハガキ(パターン②)に必要事項をご記入ください。

- ① **保険証の記号・番号**をご記入ください。
- ② **「被保険者」**のお名前・フリガナをご記入ください。
- ③ **「受診される方」**お名前・フリガナ・資格区分・生年月日・住所・自宅電話番号・携帯電話番号およびご希望の連絡先をご記入ください。
- ④ **必要なオプション項目**を選択してください。
- ⑤ 健診希望会場開催コード・会場名・受診希望日を巡回健診会場リストから選択して**第3希望**までご記入ください(受診期間、申込締切日にご注意ください。各受診予定期間の申込締切日を過ぎますと、予約受付できない場合がございます)。

申込受付期限一覧

受診予定期間	申込締切日
2024年8月1日~8月31日	2024年6月15日
2024年9月1日~9月30日	2024年7月15日
2024年10月1日~10月31日	2024年8月15日
2024年11月1日~11月30日	2024年9月15日
2024年12月1日~12月31日	2024年10月15日
2025年1月1日~1月31日	2024年11月15日
2025年2月1日~3月31日	2024年12月15日

※巡回健診はWeb予約ができませんのでご注意ください。

4

「受診日等の決定通知」 が届きます

巡回健診申し込み後約3週間後に、健診実施機関(巡回健診会場リスト表紙参照)より「受診日等の決定通知(ハガキ)」を郵送いたします。

※希望会場のご予約が困難な場合は、健診実施機関(巡回健診会場リスト表紙参照)よりお電話でご連絡させていただきます。

また、会場や日程の変更、会場の非開催等が生じた場合は別途ご連絡いたします。

「巡回健診会場リスト」は当組合のホームページに掲載しています。

毎月更新しますので、予約の際はそちらをご確認ください。

当組合ホームページ <https://www.nippe-shakaihoken.com/07/>



パターン②

6

予約の変更は電話一本で

※予約日等の変更および予約取消しは、下記へご連絡ください。

「受診日等の決定通知(ハガキ)」到着前

お問い合わせダイヤル ホームネット株式会社
(0120-810-928)

「受診日等の決定通知(ハガキ)」到着後

ハガキに記載された健診実施機関

保険証

7

受診

郵送された健診に必要な書類等および、「保険証」を健診会場にお持ちください。

自己負担がある場合は、当日会場で料金をお支払いください。

8

健診結果のお届け

健診後、1カ月ほどで健診結果がお手元に届きます。



実施会場選択型特定健診(巡回型) パターン② 実施会場

健診会場および受診日を別添の「巡回健診 会場リスト」から選択してください。

※定員数がございますので、お早めにお申し込みください。

特定健診項目

検査項目			健診費用	検査項目			健診費用	
診察	質問(問診)	●	無料	血中脂質検査	空腹時中性脂肪	□	無料	
	身体計測	身長			●	随時中性脂肪		□
		体重			●	HDL コレステロール		●
		腹囲			●	LDL コレステロール		●
		肥満度・標準体重(BMI)			●	空腹時血糖		□
血圧等	血圧	●		血糖検査	随時血糖	□		
	AST(GOT)	●			HbA1c	□		
肝機能検査	ALT(GPT)	●			尿検査	尿糖		●
	γ-GT(γ-GTP)	●		尿蛋白		●		

●必須項目 □いずれかの項目の実施でも可

※貧血、心電図、血清クレアチニン検査の医師判断による検査の実施はありません。

オプション健診項目

特定健診項目に加えて、下記オプション健診項目を選択できます。申込書の追加オプション項目を選択ください。

自己負担額

オプション健診項目の料金は、すべて自己負担となります。当日会場で料金をお支払いください。

P.4の健診補助金制度をご利用ください。

オプション健診および料金一覧

健診内容	自己負担額
マンモグラフィ	7,150円
乳房エコー	6,050円
子宮がん(頸部細胞診)	6,050円
胃部X線	5,500円
大腸がん	2,200円
眼底	2,200円
骨密度	2,200円

※会場によってはご希望のオプション項目が実施できない場合もございますのでご了承ください。

当組合では、皆様方の健康管理の一助として、特定健診を行っております。1年に1回は必ず、健康診断を受けましょう。ぜひ、この機会に受診くださいますよう、よろしくお願いいたします。

