

済生会神奈川県病院 全国健康保険協会（協会けんぽ）差額人間ドック 検査項目および料金表

2025年4月1日現在

No.	区分	検査項目	協会けんぽ差額人間ドック (胃透視コース)	※参考 全国健康保険協会 実施検査項目		
				一般健診 対象の方	付加健診 対象の方	
1	身体計測	身長	●	●	●	
2		体重	●	●	●	
3		BMI	●	●	●	
4		肥満度	●	-	-	
5		標準体重	●	●	●	
6		腹囲	●	●	●	
7	生理検査	血圧測定（収縮期・拡張期）	●	●	●	
8		心電図検査	●	●	●	
9		心拍数	●	-	-	
10		眼底検査（カメラ）	●	-	●	
11		眼圧検査	●	-	-	
12		視力検査	●	●	●	
13		聴力検査（オーディオメーター）	●	●	●	
14		呼吸機能検査（肺活量、%肺活量、1秒量、1秒率、%1秒量）	●	-	●	
15		腹部超音波検査	●	-	●	
16		放射線検査	胸部X線検査（2方向）	●	●（1方向）	●（1方向）
17	胃透視検査		●	●	●	
18	生化学的検査	肝機能	総蛋白（TP）	-	●	
19			アルブミン（Alb）	-	●	
20			アルブミン・グロブリン比（A/G比） ※総蛋白とアルブミンの数値により算定	-	-	
21			総ビリルビン（T-Bil）	-	●	
22			AST（GOT）	●	●	
23			ALT（GPT）	●	●	
24			γ-GT（γ-GTP）	●	●	
25			アルカリホスファターゼ（ALP）	●	●	
26			乳酸デヒドロゲナーゼ（LDH）	●	-	●
27			コリンエステラーゼ（ChE）	●	-	-
28		腎機能	尿素窒素（UN）	-	-	
29			血清クレアチニン（CRE）	●	●	
30			eGFR ※血清クレアチニンの数値、年齢、性別により算定	●	●	
31		尿酸	尿酸（UA）	●	●	
32		電解質	ナトリウム（Na）	●	-	-
33			カリウム（K）	●	-	-
34			クロール（Cl）	●	-	-
35	脂質代謝	総コレステロール（T-Chol）	●	●	●	
36		HDLコレステロール（HDL-C）	●	●	●	
37		LDLコレステロール（LDL-C）	●	●	●	
38		non-HDLコレステロール（non-HDL-C） ※総コレステロールとHDLコレステロールの数値により算定	●	-	-	
39		中性脂肪（TG）	●	●	●	
40	膵機能	血清アミラーゼ（AMY）	●	-	●	
41	糖代謝	空腹時血糖（BS）	●	●	●	
42		HbA1c	●	●	●	
43	心機能	脳性Na利尿ペプチド（NT-ProBNP）	●	-	-	
44	血液学的検査	血液一般	赤血球数（RBC）	●	●	
45			白血球数（WBC）	●	●	●
46			血色素量（Hb ※ヘモグロビン）	●	●	●
47			ヘマトクリット（Ht）	●	●	●
48			血小板数（Plt）	●	-	●
49			MCV ※赤血球数とヘマトクリットの数値により算定	●	-	-
50			MCH ※赤血球数と血色素量の数値により算定	●	-	-
51			MCHC ※血色素量とヘマトクリットの数値により算定	●	-	-
52	血液像	●	-	●		
53	免疫学的検査	血清炎症反応	C-反応性蛋白（CRP）	●	-	-
54			梅毒反応（RPR・TP抗体）	●	-	-
55		肝炎ウイルス	HBs抗原	●	-	-
56			HBs抗体	●	-	-
57			HCV抗体	●	-	-
58		リウマチ因子	リウマトイド因子（RF）	●	-	-
59		血液型	血液型（ABO式・RH式）	●	-	-
60	尿検査	蛋白	●	●	●	
61		糖	●	●	●	
62		潜血	●	●	●	
63		沈渣	●	-	●	
64		PH	●	-	-	
65		ウロビリノーゲン	●	-	-	
66		比重	●	-	-	
67	便検査	免疫便潜血（2日法）	●	●	●	
68	問診・診察	内科診察	●	●	●	
69	健康相談・栄養相談	健康相談・栄養相談	●	-	-	
			49,500			
通常料金（税込）			¥47,300	¥18,865	¥28,468	
全国健康保険協会 補助額			一般健診対象の方 ¥13,583	付加健診対象の方 ¥20,497	一般健診対象の方 ¥13,583	付加健診対象の方 ¥20,497
【参考】2024差引自己負担料金			一般健診対象の方 ¥33,717	付加健診対象の方 ¥26,803	¥5,282	¥7,971
2025 差引自己負担料金			¥35,917	¥29,003		

※1 上表の「全国健康保険協会 補助額」欄の金額は、全国健康保険協会の補助上限額です。

所定検査項目のうち、一部の検査が未実施の場合は、全国健康保険協会の補助額も減額されますので、ご注意ください。

※2 胃透視検査から胃内視鏡検査への変更を希望される場合は、別途5,500円（税込）をご負担いただきます。