



後期高齢者医療の 健康診査について

令和7年度

大阪府後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）では、健康診査（以下「健診」という。）を実施しています。

健診では糖尿病や高血圧症等の生活習慣病に加え、加齢に伴う心身の衰え（フレイル）等のチェックもできますので、現在生活習慣病で通院されている方も、積極的に受診してください。

受診のしかた

受診期間：受診券到着後～令和8年3月31日

※受診は年度中1回のみ

無料！

1

健診を実施している医療機関を選ぶ

「広域連合ホームページ」にも掲載しています。

実施登録医療機関

※お住まいの市区町村以外の大阪府内の
実施登録医療機関でも受診可能です。

※集団健診を実施している市町村もあります。
詳細は市区町村へお問い合わせください。



2

実施登録医療機関に （電話などで）事前に申し込む



問い合わせして
おくと安心！

3

持っていくもの

① 受診券

② 被保険者資格を確認できるもの

マイナ保険証

※1

資格確認書

※2

→ 上記のいずれか

※1 「マイナ保険証」とは、保険証利用登録を行ったマイナンバーカードのことです。医療機関等にカードリーダーがなければ「資格確認書」が必要です。事前に健診を申し込む際にご確認ください。

※2 「資格確認書」は、令和8年7月31日までの暫定の運用で、マイナ保険証を持っている・持っていないにかかわらず皆さんに送付しています。

健診項目

基本的な 項目 (全ての項目を 受診してください)	◎質問票(フレイルチェック) ◎理学的検査(身体診察) ◎身体計測(身長、体重、BMI) ◎血圧測定 ◎検尿(尿糖、尿蛋白) ◎血液検査 ・脂質(中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール※) ・血糖(血糖値、HbA1c) ・肝機能(AST(GOT)、ALT(GPT)、γ-GT(γ-GTP)) ・腎機能(血清クレアチニン、eGFR、血清尿酸)
詳細な健診の 項目	健康診査を実施した医師が必要と認めた場合に実施されます。 ◎心電図 ◎眼底検査 ◎貧血検査(赤血球、血色素量、ヘマトクリット値)

※LDLコレステロールは一定の条件の場合、Non-HDLコレステロールの測定に代わることがあります。

健診受診時の注意について

- 血液検査の結果に影響がありますので、午前中の健診は健診前10時間以上、水以外はとらないでください。午後の健診では朝食は早めに済ませ、健診まで水以外はとらないでください。いつも飲んでいるお薬がある場合は、主治医と相談のうえ、その指示に従ってください。
- 健診でなんらかの傷病が見つかり、その傷病の治療が行われた場合は、治療にかかる費用の一部負担金が必要となります。
- 健診結果の説明方法は実施機関によって異なりますので、受診された実施機関にお問い合わせください。
- 受診券をなくしてしまった場合、健診を受けることができません。受診券の再発行の手続きをおとりください。受診券の再発行を含む健診に関するお問い合わせは、お住まいの市区町村担当窓口(後期高齢者医療担当)または広域連合までご連絡ください。
- 被保険者の資格がなくなったとき、または区外・市外へ住所を変わられたときは、受診券は使用できません。すみやかに市区町村担当窓口または広域連合へお返しいただくか、ご自身で破棄してください。
- 同一年度中に人間ドックを受診された場合、健診を受診する必要はありません。



個人情報取り扱いについて

- 1 健診に関する個人情報については、個人情報の保護に関する法律に基づき適正に管理します。
また、実施登録医療機関は、同法を遵守し、受診者のプライバシー情報を守ることが義務付けられています。
- 2 高齢者の医療の確保に関する法律第125条の3に基づき、被保険者の健康増進のために、必要に応じて本健診情報をお住まいの市町村に提供します。また、本健診の結果をもとに、広域連合やお住まいの市区町村から、健康情報の提供や保健事業のご案内をさせていただく場合があります。

健診とフレイル予防

フレイルとは健康な状態と要介護状態の中間地点と言われています。

【後期高齢者の質問票】

質問文	回答
以前に比べて歩く速度が遅くなってきていると思いますか	①はい
この1年間に転んだことがありますか	①はい
ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	②いいえ

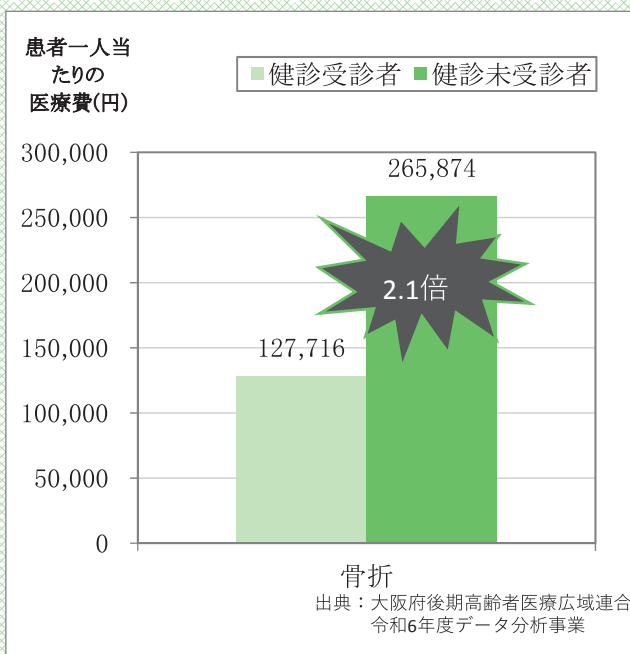
上記に多く当てはまるほど、フレイルのリスクが高い状態です。

こんな兆候は
ありませんか？



高齢者の転倒は骨折に結びつきやすく、そのまま寝たきりにつながるおそれもあり、転倒予防のための運動をすることが大切です。転倒は主に家の中で発生しています。

《後期高齢者の医療費の1位：骨折》



健診受診結果から必要な方へ、介護予防に効果的な運動方法についてお知らせしております。



毎年健診を受けることで、体の状態の変化がわかります。自立した生活を保つには、骨折・転倒予防が重要です。

人間ドック費用助成事業を実施しています。

人間ドック受診にかかる費用の一部を助成します。

人間ドック費用助成の申請期間は、受診日翌日より2年以内です。

なお、人間ドックを受診された方は、後期高齢者医療の健康診査を受ける必要はありません。

対 象 者	受診時に大阪府後期高齢者医療広域連合の被保険者である方																		
検査項目	下記に掲げる検査項目(※)を受診してください。 ※ 公益社団法人日本人間ドック・予防医療学会が掲げる一日人間ドック基本検査項目表における必須項目 <table border="1"> <thead> <tr> <th>検査区分</th><th>項 目</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身体計測</td><td>身長、体重、肥満度、BMI、腹囲</td></tr> <tr> <td>生 理</td><td>血圧、心電図、心拍数、眼底、眼圧、視力、聴力、呼吸機能</td></tr> <tr> <td>X線・超音波</td><td>胸部X線(または胸部CT)、上部消化管X線(または内視鏡)、腹部超音波(または腹部CT)</td></tr> <tr> <td>生化学</td><td>総蛋白、アルブミン、クレアチニン、eGFR、尿酸、TC、HDL-C、LDL-C、Non-HDL-C、中性脂肪、総ビリルビン、AST、ALT、γ-GT、ALP、空腹時血糖、HbA1c</td></tr> <tr> <td>血液学</td><td>赤血球、白血球、血色素、ヘマトクリット、血小板数、MCV、MCH、MCHC</td></tr> <tr> <td>血清学</td><td>CRP、(血液型、HBs抗原)</td></tr> <tr> <td>尿</td><td>蛋白、尿糖、潜血、(沈渣)</td></tr> <tr> <td>その他</td><td>便潜血、医療面接、医師診察、結果説明、保健指導</td></tr> </tbody> </table>	検査区分	項 目	身体計測	身長、体重、肥満度、BMI、腹囲	生 理	血圧、心電図、心拍数、眼底、眼圧、視力、聴力、呼吸機能	X線・超音波	胸部X線(または胸部CT)、上部消化管X線(または内視鏡)、腹部超音波(または腹部CT)	生化学	総蛋白、アルブミン、クレアチニン、eGFR、尿酸、TC、HDL-C、LDL-C、Non-HDL-C、中性脂肪、総ビリルビン、AST、ALT、γ-GT、ALP、空腹時血糖、HbA1c	血液学	赤血球、白血球、血色素、ヘマトクリット、血小板数、MCV、MCH、MCHC	血清学	CRP、(血液型、HBs抗原)	尿	蛋白、尿糖、潜血、(沈渣)	その他	便潜血、医療面接、医師診察、結果説明、保健指導
検査区分	項 目																		
身体計測	身長、体重、肥満度、BMI、腹囲																		
生 理	血圧、心電図、心拍数、眼底、眼圧、視力、聴力、呼吸機能																		
X線・超音波	胸部X線(または胸部CT)、上部消化管X線(または内視鏡)、腹部超音波(または腹部CT)																		
生化学	総蛋白、アルブミン、クレアチニン、eGFR、尿酸、TC、HDL-C、LDL-C、Non-HDL-C、中性脂肪、総ビリルビン、AST、ALT、γ-GT、ALP、空腹時血糖、HbA1c																		
血液学	赤血球、白血球、血色素、ヘマトクリット、血小板数、MCV、MCH、MCHC																		
血清学	CRP、(血液型、HBs抗原)																		
尿	蛋白、尿糖、潜血、(沈渣)																		
その他	便潜血、医療面接、医師診察、結果説明、保健指導																		
注意事項	①脳ドックや各種がん検査等、上記検査項目以外の検査の費用は助成の対象になりません。 ②上記検査項目のうち複数欠けているもの、複数の受診を組み合わせたものは、人間ドックとみなせず助成できない場合があります。																		
助 成 の 流 れ	①人間ドックを受診し、いったん費用全額を自己負担してください。 ②お住まいの市区町村担当窓口で費用助成を申請してください。 ③申請内容を審査のうえ、申請書で指定された口座に助成金を振り込みます。 ※指定病院は特にありません。																		
申 請 に 必 要 な も の	①人間ドックの受診日記載の領収書 } 助成要件の確認に必要です。 ②検査結果通知書一式 } (コピーでも可) ③本人確認書類 ④口座情報のわかるもの ⑤申請書(質問票含む)…申請時にお渡しします。 ※申請者以外の口座に振り込む場合で、申請者ご自身で記入されない場合は、印かんが必要です。 ※検査結果通知書のコピーの提出に応じられない場合は、提出先の窓口にお申し出ください。																		
助 成 額	26,000円を上限に支給します。																		
受診期間	4月1日～当該年度の3月31日(年度中1回)																		

人間ドック費用助成申請に関する個人情報については、個人情報の保護に関する法律に基づき適正に管理します。

また、高齢者の医療の確保に関する法律第125条の3に基づき、被保険者の健康増進のために、必要に応じて本申請情報をお住まいの市区町村に提供します。なお、人間ドックの結果をもとに、お住まいの市区町村や広域連合から、健康情報の提供や保健事業のご案内をさせていただく場合があります。

大阪府後期高齢者医療広域連合

〒540-0028 大阪市中央区常盤町1-3-8(中央大通FNビル8階)

電話 06-4790-2031 FAX 06-4790-2030