

人間ドック契約施設一覧表

平成30年4月1日現在

〔1泊2日人間ドック〕

健 診 機 関 名	所在地・電話番号	契約料金 (税込)	① 35歳以上(②を除く)		② 50・55・60・65・70歳		胃カメラへ変更した場合の料金					組合補助概要・備考
			組合負担	本人負担	組合負担	本人負担	契約料金 (税込)	① 35歳以上(②を除く)		② 50・55・60・65・70歳		
								組合負担	本人負担	組合負担	本人負担	
(財)神戸マリナーズ 厚生会病院	神戸市中央区中山手通7-3-18 (078)351-6110	男性 56,275	28,100	28,175	42,200	14,075	男性 58,435	29,200	29,235	43,800	14,635	① 当年度に35歳以上の被保険者・扶養者(②を除く) 契約料金(消費税込)の半額を補助(100円未満切り捨て) 但し、組合補助上限額は30,000円です。 自己負担額は契約料金(消費税込)の約半額となります。 ② 当年度に50・55・60・65・70歳に達する被保険者・被扶養者 契約料金(消費税込)の3/4を補助(100円未満切り捨て) 但し、組合補助上限額は45,000円です。 自己負担額は契約料金(消費税込)の約1/4となります。 ※ 神戸マリナーズ厚生会病院の下段は通院2日の料金です。
		女性 56,460	28,200	28,260	42,300	14,160	女性 58,620	29,300	29,320	43,900	14,720	
		※男性 45,775	22,800	22,975	34,300	11,475	男性 47,935	23,900	24,035	35,900	12,035	
		※女性 45,960	22,900	23,060	34,400	11,560	女性 48,120	24,000	24,120	36,000	12,120	
(医)川崎病院	神戸市兵庫区東山町3-3-1 (078)511-3621	62,640	30,000	32,640	45,000	17,640	左記料金					
丸山病院	神戸市長田区丸山町3-4-22 (078)642-1131	65,880	30,000	35,880	45,000	20,880	左記料金					
(財)関西労働保健協会	大阪市北区梅田3-1-1サウスゲートビル17階 (06)6345-7600	65,880	30,000	35,880	45,000	20,880	左記料金					

〔半日人間ドック〕

健 診 機 関 名	所在地・電話番号	契約料金 (税込)	① 35歳以上(②を除く)		② 50・55・60・65・70歳		契約料金 (税込)	① 35歳以上(②を除く)		② 50・55・60・65・70歳		組合補助概要・備考
			組合負担	本人負担	組合負担	本人負担		組合負担	本人負担	組合負担	本人負担	
(財)神戸マリナーズ 厚生会病院	神戸市中央区中山手通7-3-18 (078)351-6110	35,186	17,500	17,686	26,300	8,886	37,346	18,600	18,746	28,000	9,346	① 当年度に35歳以上の被保険者・扶養者(②を除く) 契約料金(消費税込)の半額を補助(100円未満切り捨て) 但し、組合補助上限額は20,000円です。 自己負担額は契約料金(消費税込)の約半額となります。 ② 当年度に50・55・60・65・70歳に達する被保険者・被扶養者 契約料金(消費税込)の3/4を補助(100円未満切り捨て) 但し、組合補助上限額は30,000円です。 自己負担額は契約料金(消費税込)の約1/4となります。
(医)川崎病院	神戸市兵庫区東山町3-3-1 (078)511-3621	42,120	20,000	22,120	30,000	12,120	左記料金					
丸山病院	神戸市長田区丸山町3-4-22 (078)642-1131	41,040	20,000	21,040	30,000	11,040	左記料金					
(財)関西労働保健協会	大阪市北区梅田3-1-1サウスゲートビル17階 (06)6345-7600	42,120	20,000	22,120	30,000	12,120	左記料金					
(一財)サニーピア医療保健協会 サニーピアクリニック	神戸市中央区波止場町3-12 (078)331-6141	39,960	19,900	20,060	29,900	10,060	左記料金					
神戸中央病院 健康管理センター	神戸市北区惣山町2-1-1 (078)594-8622	39,420	19,700	19,720	29,500	9,920	42,660	20,000	22,660	30,000	12,660	② 当年度に50・55・60・65・70歳に達する被保険者・被扶養者 契約料金(消費税込)の3/4を補助(100円未満切り捨て) 但し、組合補助上限額は30,000円です。 自己負担額は契約料金(消費税込)の約1/4となります。 ※城見会アムスニューオータニクリニックは、 他に東京・横浜に健診機関があります。
神戸中央病院 健康管理センター	神戸市中央区東川崎町1-5-7 神戸情報文化ビル カルメニ17階 (078)594-8622	39,420	19,700	19,720	29,500	9,920	42,660	20,000	22,660	30,000	12,660	
(財)近畿健康管理センター	神戸市中央区磯上通8-3-5 明治安田生命神戸ビル12階 (050)3541-2264	41,202	20,000	21,202	30,000	11,202	46,602	20,000	26,602	30,000	16,602	
(財)京都工場保健会	神戸市中央区元町通2-8-14 オルタンシアビル3階 (075)823-0530	42,120	20,000	22,120	30,000	12,120	48,600	20,000	28,600	30,000	18,600	
(財)住友生命総合健診システム	大阪市淀川区西中島5-5-15 新大阪セントラルタワー3階 (06)6304-8141	44,820	20,000	24,820	30,000	14,820	経鼻 49,680 経口 48,600	20,000	29,680	30,000	19,680	
医療法人城見会 アムスニューオータニクリニック	大阪市中央区城見1-4-1 ホテルニューオータニ大阪4階 (06)6949-0305	43,200	20,000	23,200	30,000	13,200	46,440	20,000	26,440	30,000	16,440	

〔短期(2時間)ドック〕

健 診 機 関 名	所在地・電話番号	契約料金 (税込)	① 35歳以上(②を除く)		② 50・55・60・65・70歳		契約料金 (税込)	① 35歳以上(②を除く)		② 50・55・60・65・70歳		組合補助概要・備考
			組合負担	本人負担	組合負担	本人負担		組合負担	本人負担	組合負担	本人負担	
兵庫県予防医学協会	神戸市灘区岩屋北町1-8-1 (078)855-2740	28,080	10,000	18,080	15,000	13,080	29,160	10,000	19,160	15,000	14,160	① 当年度に35歳以上の被保険者・扶養者(②を除く) 契約料金(消費税込)の半額を補助(100円未満切り捨て) 但し、組合補助上限額は10,000円です。 自己負担額は契約料金(消費税込)の約半額となります。
神戸市医師会 医療センター診療所	神戸市中央区橋通4-1-20 (078)351-1401	19,785	9,800	9,985	14,800	4,985	25,185	10,000	15,185	15,000	10,185	
(財)兵庫県健康財団 保健検診センター	神戸市兵庫区荒田町2-1-12 (078)579-3400	19,785	9,800	9,985	14,800	4,985	26,135	10,000	16,135	15,000	11,135	② 当年度に50・55・60・65・70歳に達する被保険者・被扶養者 契約料金(消費税込)の3/4を補助(100円未満切り捨て) 但し、組合補助上限額は15,000円です。 自己負担額は契約料金(消費税込)の約1/4となります。
市民健康開発センター ハーティ21	尼崎市南塚口町4-4-8 (06)6426-6124	19,806	9,900	9,906	14,800	5,006	29,206	10,000	19,206	15,000	14,206	
西宮健康開発センター	西宮市染殿町8-3 (079)826-9497	20,206	10,000	10,206	15,000	5,206	2時間ドックは胃カメラへ変更不可					
加古川 総合保健センター	加古川市加古川町篠原町103-3 (079)429-2525	20,206	10,000	10,206	15,000	5,206	2時間ドックは胃カメラへ変更不可					

- (対象者) 35歳以上の被保険者及び被扶養者の方で、一般健診・生活習慣病健診・特定健診を同年度(4月～翌年3月)内に受診されない方。
- (利用方法) ①各自受診機関へ申し込み、利用日の2週間前までに、申込書(当組合に備付)に本人負担の現金を添えて、当健康保険組合へ申し込む方法。
②各自受診機関へ申し込み、受診時に利用料金全額を支払い、後日領収書等を添付して利用補助金を当健康保険組合へ請求する方法。
- (注意) 1 上記表以外の健診機関で人間ドックを受けられた場合の補助金の額は、上記表の額を基準として決定いたします。
2 人間ドックは、お一人年度間(4月～翌年3月)1回限りとなっています。
3 施設により検査項目、実施内容が異なります。当健康保険組合もしくは各受診機関にお問い合わせください。
4 胃検査は、胃透視(バリウム)検査または胃カメラ検査の希望を各健診機関にお問い合わせください。
5 オプション検査費用は自己負担になります。受診機関に申込のうえ、受診機関窓口でお支払いください。
6 オプション検査で大腸がん検診・子宮頸がん検診・歯周病リスク検診を受診された場合は、別途各種検診補助金請求書にて補助金の請求が可能です。(組合補助額に上限あり。)
7 健康指導等に必要のため、人間ドック施設より当健康保険組合として情報を得ることがありますのでご了承願います。
8 当健康保険組合が保有する個人情報、法令に基づく報告等以外についてご本人の同意を得ることなく、第三者へ開示・提供することはありません。

神戸貿易健康保険組合	
電話	078-251-0800
F A X	078-251-9889