

四国中央市近隣にお住まいの
被扶養者様・任意継続者様へ

2026年度 大王健保ガイドブック

近隣の範囲

愛媛県四国中央市・新居浜市・西条市
香川県三豊市・観音寺市 徳島県三好市・三好郡・美馬市・美馬郡

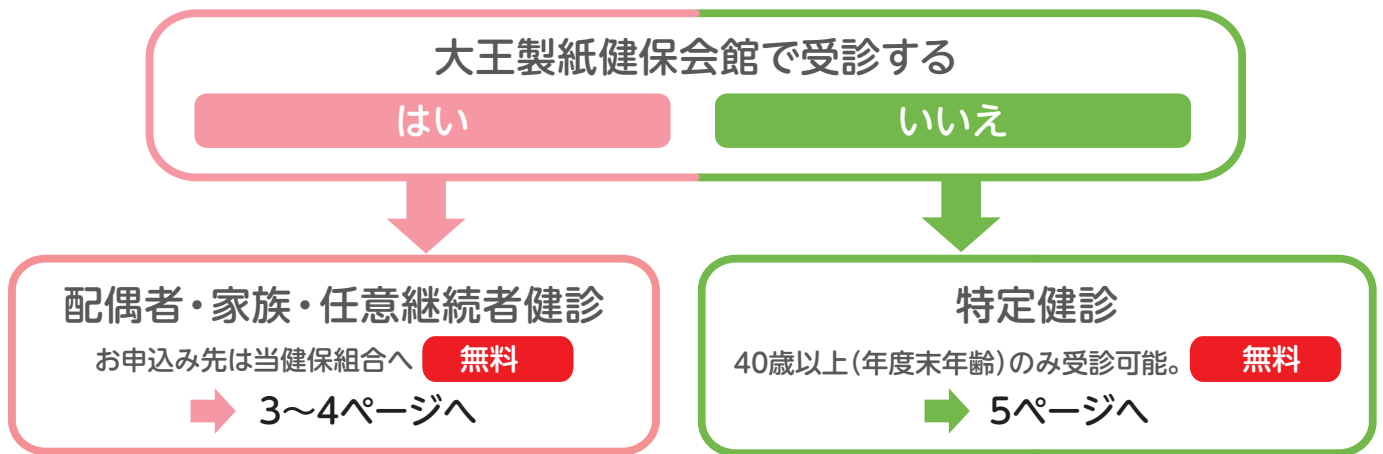


Contents

- ★ あなたの受ける健康診断は? P2
- ★ 当健保組合の健康診断について P3~4
- ★ 特定健診について P5
- ★ 健診結果の確認について P6~9
- ★ 二次検査報告について P10~12
- ★ 子宮がん乳がん検診について P13
- ★ がん検査等費用補助のご案内 P14~17
- ★ 禁煙外来費用補助のご案内 P18~20
- ★ 特定健診問診票 P21

当健保組合からのお知らせはメールにて周知しています。
未登録の方は必ず健康ポータルサイトへ登録してください。(P6参照)

＼ 年に一度はからだのメンテ ＼
あなたの受ける健康診断は次のどれ？



上記以外で健診を受けている場合は

パート先・市町村などで受けた健診結果を必ずご提出ください！

対象者

2026年4月～2027年3月の間にパート先・市町村などで健診を受診した配偶者・家族・任意継続者

提出書類

郵送の場合

- ①健診結果(P5の検査項目●すべてが載っているもの)のコピー
- ②特定健診問診票(P21参照)

メールの場合

- ①健診結果(P5の検査項目●すべてが載っているもの)の写真
- ②以下の問診への回答(メール本文に記載)

	質 問 項 目	回 答
1	血圧を下げる薬の内服	はい・いいえ
2	血糖を下げる薬またはインスリン注射の使用	はい・いいえ
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬の使用	はい・いいえ
4	たばこを習慣的に吸っている ※習慣的に吸っているとは以下の条件1.2を満たす者である 条件1.最近1か月間吸っている 条件2.生涯で6か月間以上吸っている、 又は合計100本以上吸っている	はい (条件1.2両方を満たす) どちらともいえない (条件2のみ満たす) いいえ (条件1.2以外)

※●の項目を満たす場合のみ「受診済扱い」となります。

提出先

〒799-0403 愛媛県四国中央市三島朝日2丁目12番45号
 大王製紙健康保険組合 健康管理課
 E-mail: ara012@daiogroup.com

大王製紙健保会館 配偶者・家族・任意継続者健診について

年間カレンダー

■…配偶者・家族健診日(女性のみ) □…一般社員と一緒に受診となりますが、配偶者・家族健診日以外でも予約は可能です。
 □…健診休み

2026	5	May	2026	6	June	2026	7	July	2026	8	August																
日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土
					1	2		1	2	3	4	5	6				1	2	3	4							1
3	4	5	6	7	8	9	7	8	9	10	11	12	13	5	6	7	8	9	10	11	2	3	4	5	6	7	8
10	11	12	13	14	15	16	14	15	16	17	18	19	20	12	13	14	15	16	17	18	9	10	11	12	13	14	15
17	18	19	20	21	22	23	21	22	23	24	25	26	27	19	20	21	22	23	24	25	16	17	18	19	20	21	22
24	25	26	27	28	29	30	28	29	30					26	27	28	29	30	31		23	24	25	26	27	28	29
31																					30	31					
2026	9	September	2026	10	October	2026	11	November	2026	12	December																
日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土
		1	2	3	4	5				1	2	3	1	2	3	4	5	6	7			1	2	3	4	5	
6	7	8	9	10	11	12	4	5	6	7	8	9	10	8	9	10	11	12	13	14	6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19	11	12	13	14	15	16	17	15	16	17	18	19	20	21	13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26	18	19	20	21	22	23	24	22	23	24	25	26	27	28	20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30				25	26	27	28	29	30	31	29	30						27	28	29	30	31		
2027	1	January	2027	2	February	2027	3	March																			
日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土							
					1	2		1	2	3	4	5	6		1	2	3	4	5	6							
3	4	5	6	7	8	9	7	8	9	10	11	12	13	7	8	9	10	11	12	13							
10	11	12	13	14	15	16	14	15	16	17	18	19	20	14	15	16	17	18	19	20							
17	18	19	20	21	22	23	21	22	23	24	25	26	27	21	22	23	24	25	26	27							
24	25	26	27	28	29	30	28							28	29	30	31										
31																											

昨年度
健診未受診の方は
できるだけ早めの受診を
お願いします

13:00からの健診もお受けしています。※午前中の受診が難しい方はご利用ください。配偶者・家族健診日以外でも予約可能です。

健診申込・問い合わせ先

TEL 0896-24-5051 (平日8:30~12:00 / 13:00~17:00 : 自動音声1番)
 E-mail ara012@daigroup.com FAX 0896-24-5075

※メール・FAXで予約をされる方は氏名、生年月日、健康保険情報の記号・番号、予約希望日を記載してください。
 ※生理中を避けてください。妊娠中の方は主治医とご相談のうえ、受診をお願いします。

健診の注意事項

食事制限

健診前日の夜9時以降から当日の健診が終了するまで食事はしないでください。
 ※少量のお水やお茶は可(胃部レントゲン検査を受ける方は、午前受診なら当日の朝7時以降、午後受診なら11時以降の水分摂取をお控えください。)

受診当日

受付時間/場 所	8:00~8:30又は13:00~13:30 / 当健保組合 2階 健康管理課
持参物	マイナンバーカード又は資格確認書
料 金	通常5万円の充実した健診が 無料

配偶者・任意継続者健診(健保会館健診) 検査項目

		被扶養者	任意継続被保険者	
問診		●	●	
身体測定等	既往歴、業務歴、喫煙歴、服薬歴等	●	●	
	身長、体重、標準体重、体脂肪率	●	●	
	BMI、肥満度、腹囲、血圧、視力	●	●	
	視力、眼底検査(糖尿病や高血圧の方等)	●	●	
	簡易聴力	●	●	
検尿		●	●	
血液検査	尿糖、尿蛋白、尿潜血、尿-PH	●	●	
	検血	赤血球数、色素量、ヘマトクリット	●	●
		MCV、MCH、MCHC、全血比重	●	●
		血小板数、白血球数	●	●
		桿状核球、分葉核球、リンパ球	●	●
		単球、好塩基球、好酸球	●	●
		血清鉄	☆	☆
	炎症	CRP	●	●
	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	●	●
		LDL/HDL比	●	●
	腎機能	尿酸、尿素窒素、クレアチニン	●	●
		eGFR、Ccr	●	●
	電解質	Na、K、Cl	●	●
	肝機能	総蛋白、アルブミン、A/G比	☆	☆
		GOT、GPT、γ-GTP、直接ビリルビン	●	●
		LDH、ALP、ChE、総ビリルビン	☆	☆
	膵臓	血中アミラーゼ	☆	☆
	糖尿病	空腹時血糖	●	●
		HbA1c (NGSP値)	●	●
	その他	PSA定量(前立腺がん検査)	□	□
		肝炎ウイルス検査(HCV抗体定性・HBs抗原定性)	□	□
		血液型	△	
	胸部検査		●	●
	心電図		●	●
	胃部検査		☆	☆
	超音波検査		□	□
	大腸		☆	☆
その他	その他精密検査等	□	□	
	自覚症状と他覚症状の有無	●	●	

【●】 …… 必須の検査項目

【□】 …… 対象者のみ

【△】 …… 初回のみ

【☆】 …… 40歳以上

※ PSA定量 …… 45歳以上の男性のみ

※ 肝炎ウイルス検査… 初回の方、35歳から5年間毎の節目検査

特定健診の受診について (受診券を使用し、外部医療機関で受診する方)

特定健診を受診する際には、受診券が必要です。以下の要領に沿って健診のご予約を行ってください。受診券は当健保組合で発行しますので、必ずご連絡ください。

受診券発行 連絡先

E-mail : ara012@daiogroup.com
T E L : 0896-24-5051 (自動音声 : 1)

※依頼時には氏名、生年月日、健康保険情報の記号・番号をご連絡ください。

予約・受診期間

2026年4月1日(水)～2027年3月31日(水)

※休日は医療機関によって実施していない場合があります。

対象者

40歳以上の配偶者・家族・任意継続者

費用

無 料

検査項目

『●』…必須の検査項目 『□』…医師の判断により実施

問診	身体測定等						尿検査		血液検査										心電図	眼底		
	喫煙歴	服薬歴等	身長	体重	BMI	腹囲	血圧測定	尿糖	尿蛋白	肝機能			脂質			糖尿病	貧血				腎機能	
GOT(AST)										GPT(ALT)	γ-GTP	中性脂肪	HDLコレステロール	LDLコレステロール	HbA1c	空腹時血糖値または	赤血球数	色素量	ヘマトクリット	血清クレアチニン	心電図検査	眼底検査
●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	□	□	□	□	□	□

※検査項目が少ないため、当健保組合の健診をおすすめします。(P3参照)

健診の申し込みから受診までの流れ

「特定健診等実施機関検索システム」にアクセス

URL

<http://hoken.kenporen.or.jp/kensin/>

QRコード



パスワード入力画面

(健康保険組合名) 大王製紙
(保険者番号) 06380232 ※半角入力

契約タイプ : 「Aタイプ / Bタイプ」を選択

実施項目 : 「特定健康診査」を選択

医療機関へ電話し、健診をご予約ください。

健診当日は当組合にて発行を行う「受診券」が必要です。

健康ポータルサイト ～本登録・健診結果の確認～

健診結果は以下ポータルサイトよりご確認ください。(受診後2-3ヶ月で閲覧可)

健康ポータルサイトのご利用時の注意事項

【本ポータルサイトの使用環境】

以下のOSおよびブラウザを利用していること

デバイス	OS	ブラウザ
PC	Windows10 Windows11	Microsoft Edge(最新版) / Google Chrome(最新版)
タブレット	iOS(最新版)	Safari(最新版) / Google Chrome(最新版)
スマートフォン	iOS(最新版)	Safari(最新版) / Google Chrome(最新版)
スマートフォン	Android(最新版)	Google Chrome(最新版)

【メール受信設定】

daiokenpo@sukoyaka-support21.comからのメールが受け取れるようにしてください。

1 健康ポータルサイト初回ログイン

※登録済の方は再登録不要です。



<https://daiokenpo-ssp.sukoyaka-support21.com/psn/>

健康診断結果の確認、二次検査結果の登録

すこやかサポートパーソナル

はじめてのアクセスの方は「ID登録」よりユーザーIDを登録してください

ログインID

ユーザーIDを入力してください

パスワード

パスワードを入力してください。

ログイン

パスワードを忘れた場合

ID登録



すこやかサポート
パーソナル

※大王健保ホームページTOP >
健康診断ご案内 >
健康ポータルサイトからもアクセス可能

「ID登録」を
クリックして
ください。

①STEP1「利用規約の同意」

STEP1:利用規約の同意 STEP2:登録情報の入力 STEP3:メール登録確認

Step 1

「すこやかサポートパーソナル利用規約」

本サービス「すこやかサポートパーソナル」は、大王製薬健康保険組合が株式会社インテグリティと共同で提供するもので、当健康保険組合加入者のみが利用できます。
「すこやかサポートパーソナル」を通じて提供される個人情報の取り扱いについては、当健康保険組合の個人情報保護に関する規定に従って適切に取り扱い、保護いたします。
利用に際しては、以下の点にご留意の上で、ログインするものとします。

- 目的
本サービスでは、健康診断結果をデータベースに蓄積し、利用者一人ひとりに応じて閲覧し、自己の健康状態に活用することを目的としています。
- 健康診断データの利用

利用規約に同意します

次へ

「利用規約に同意します」に
チェック。

「次へ」ボタンをクリックして
ください。
※利用規約に同意しないと、
「次へ」は進めません。

②STEP2「登録情報の入力」

ID/メールアドレス

IDとして登録したいメールアドレスを入力

パスワード

英字大文字・英字小文字・数字・記号の4種類の組み合わせで8桁～30桁

利用できる記号 @ % + / ! # \$? : () { } [] - _

IDを登録する

STEP1:利用規約に同意 STEP2:登録情報の入力 STEP3:Eメール登録確認

Step 2

<注意> ドメインを拒否している方は、以下のドメインの解除をお願いします。
sukoyaka-support21.com
氏名カナの入力に付きまして、「小書き文字(ユ、ヨ、ッなど)」は大きい文字で入力してください。(例) ニッターニツタ キョウコ→キョウウコ

ID/Eメールアドレス
登録するユーザーID(Eメールアドレス)

パスワード
パスワードは8桁～30桁で、英字大文字、英字小文字・数字・記号の4種類の組み合わせ
※利用できる記号は下記のとおりです。
@、%、+、/、!、#、\$、?、:、(、)、{、}、[、]、-、_

パスワード(確認)
確認のためもう一度パスワードを入力してください

記号
記号は「国のマイナポータル」又は「資格確認書」をご確認ください。

番号
番号は「国のマイナポータル」又は「資格確認書」をご確認ください。

生年月日
2026/02/06
生年月日を入力してください。

カナ氏名
全角カナで、姓と名の間を空けずに入力してください
※「小書き文字(1,3,7など)」は大きい文字で入力してください。(例) ニッターニツタ キョウコ→キョウウコ

次へ

不明な方は
ページ下参照

生年月日

西暦8桁(例.1980/07/01)
で直接入力

カナ氏名

全角カナ、姓と名の間を
空けずに入力

※「小書き文字(1,3,7など)」
は大きい文字で入力
(例.ニッターニツタ
キョウコ→キョウウコ)

● 健康保険情報の確認方法

【マイナ保険証を利用の方】

国のマイナポータルよりログインし「健康保険証」から確認できます。

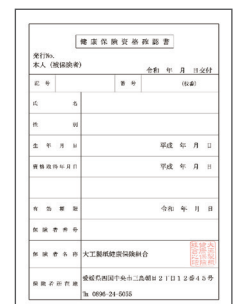


マイナポータル
へのアクセス・
ダウンロードは
こちら



【マイナ保険証を利用しない方】

健保組合から
発行した
「資格確認書」で
確認できます。



健康ポータルサイト・本登録 Q&A

ログインパスワードを忘れた場合

ログイン画面より以下の手順でパスワードをリセットしてください。

健康診断結果の確認、二次検査結果の登録
すこやかサポートパーソナル

はじめてのアクセスの方は「ID登録」よりユーザーIDを登録してください

ログインID
ユーザーIDを入力してください

パスワード
パスワードを入力してください。

ログイン

1 **パスワードを忘れた場合**
● ID登録

パスワードを忘れたときは

STEP1:パスワードリセット STEP2:パスワードリセットメール送信 STEP3:パスワードリセット STEP4:確認

Step 1

<注意>ドメインを拒否している方は、以下のドメインの解除をお願いします。
sukoyaka-support21.com
氏名カナの入力に付きまして、「小書き文字(ユ、ヨ、ツなど)」は大きい文字で入力してください。(例 ニッタ→ニツタ キョウコ→キヨウコ)

ID/メールアドレス

新しいパスワード

新しいパスワード(確認)

記号

番号

生年月日

カナ氏名

パスワードは8桁～30桁で、英字大文字、英字小文字・数字・記号の4種類の組み合わせ
※利用できる記号は下記のとおりです。
@、%、+、/、!、#、\$、?、:、(、)、{、}、[、]、_、-

新しいパスワードをもう一度入力してください。

記号は「国のマイナポータル」又は「資格確認書」をご確認ください。

番号は「国のマイナポータル」又は「資格確認書」をご確認ください。

2026/01/23 **西暦8桁**
生年月日を入力してください。

全角カナ(姓と名の間は空白なし)
全角カナで、姓と名の間を空けずに入力してください
※「小書き文字(1,3,9など)」は大きい文字で入力してください。(例ニッタ→ニツタ キョウコ→キヨウコ)

2 **入力**

3 **登録**

パスワードリセット
自動配信メールが届きます

届いたURLにアクセス

クリック後

4 **パスワードリセットが完了しました。**

次回ログイン時は新しいパスワードをご利用ください。

URLをクリックすると本画面が表示され、
パスワード変更完了となります。

ログインIDを忘れた場合、パスワードがロックされた場合

ログイン画面「ID登録」から再度お試しください。

尚、パスワードを5回連続で誤入力されるとロックがかかります。

IDを登録する

STEP1:利用規約に同意 STEP2:登録情報の入力

Step 2

<注意>ドメインを拒否している方は、以下のドメインの解除をお願いします。
sukoyaka-support21.com
氏名カナの入力に付きまして、「小書き文字(ユ、ヨ、ツなど)」は大きい文字で入力してください。(例 ニッタ→ニツタ キョウコ→キヨウコ)

ID/メールアドレス

登録するユーザーID(Eメールアドレス)

パスワード

8桁～30桁で、英字大文字、英字小文字・数字・記号のいずれか3種類の組み合わせ

パスワードは8桁～30桁で、
英字大文字、英字小文字・数字・記号の
4種類の組み合わせ
※利用できる記号は下記のとおりです。
@ % + / ! # \$? : () { } [] _ -

IDとして登録したいメールアドレスを入力してください。

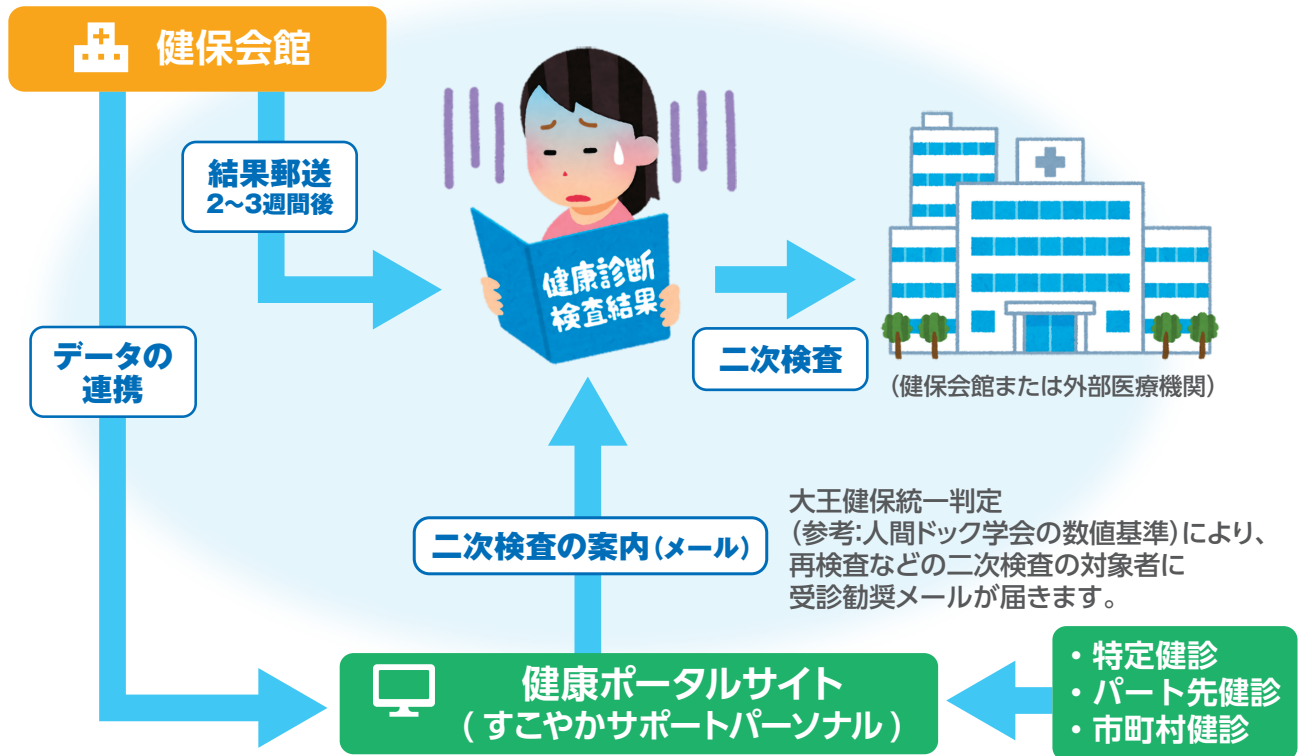
【注意点】 以前ご自身が登録していたメールアドレスは使用可。
別の方が既に使用しているメールアドレスは使用不可。

二次検査報告マニュアル

1 二次検査受診について

健診結果が届きましたら必ず内容を確認し、当健保組合にて二次検査を受診後、結果を報告してください。

※特定健診を受診された方及び、パート先・市町村健診の結果をご提出された方にも、受診勧奨メールが届きます。メールの案内に沿って外部医療機関にて二次検査を受診してください。



※健診受診機関の判定と健康管理システムの判定は一致しない場合があります。

2 二次検査の案内 (受診勧奨メールと受診先)について

受診勧奨メール

二次検査対象者には、システムに登録された翌日に受診勧奨メールが届きます。(部位ごと)
例)尿検査、血圧が二次検査対象となっている場合は、2通メールが届きます。

リマインドメール

毎月28日に二次検査の未報告者にリマインドメールが届きます。
全ての項目で、二次検査の報告が完了していない方(未入力の方)には毎月送付されます。

二次検査の受診先

一次検査の受診先		二次検査の受診先
健保会館	➡	健保会館
特定健診 パート先・市町村健診	➡	外部医療機関

3

二次検査受診結果の報告手順

二次検査対象者は受診勧奨メールに表示されているURLから「すこやかサポートパーソナル」にアクセスします。
本登録が完了していない場合はP6の初回登録を行ってから進んでください。

メール本文

健康結果にて、下記項目に対して再検査・精密検査・要医療と判断いたしました。

項目：再検査部位(*saikensa_koumoku_nm*)

今回の健康診断結果を持参し、医療機関を受診してください。

受診結果については、下記のURLよりログインの上、報告してください。

<https://○○○.sukoyaka-support.com/>

※ユーザーID：ご自身のメールアドレス
※パスワード：登録したパスワード

※パスワードを忘れた場合は上記URLのログイン画面の「パスワード忘れた場合」からパスワードを変更してください。

報告内容は下記のとおりです。
(1) 医師の診断結果 (2) 受診日 (3) 受診した医療機関名

※産業医の判断より二次検査不要となった場合もその旨報告してください。

なお、再検査内容により費用補助が受けられる場合があります。
詳細は下記のURLを参照してください。

二次検査 <https://www.daiokenpo.or.jp/health-promotion/retest>
がん検診 <https://www.daiokenpo.or.jp/health-promotion/がん検診等精密検査費用補助>

よろしくお願いたします。

※このメールは、配信専用のメールアドレスで配信されています。
このメールに返信されても、返信内容の確認およびご返答はできません。



健康診断結果の確認、二次検査結果の登録

すこやかサポートパーソナル

はじめてのアクセスの方は「ID登録」よりユーザーIDを登録してください

👤 ログインID
ユーザーIDを入力してください

🔒 パスワード
パスワードを入力してください。

👉 ログイン

🔍 パスワードを忘れた場合
🔍 ID登録

すこやかサポートパーソナルにログイン



すこやかサポートパーソナル

未読コメント0件 新着お知らせ0件

健康診断結果を見る

二次検査結果報告

会社からの連絡

お知らせ

健診予約をする

IDを変更する

パスワードを変更する

「二次検査結果報告」パネルをクリック

受診報告

未回答のアンケートは期間内に回答してください。

再受診報告 (尿検査)

回答期間：2023/04/01～9999/12/31

回答完了日：

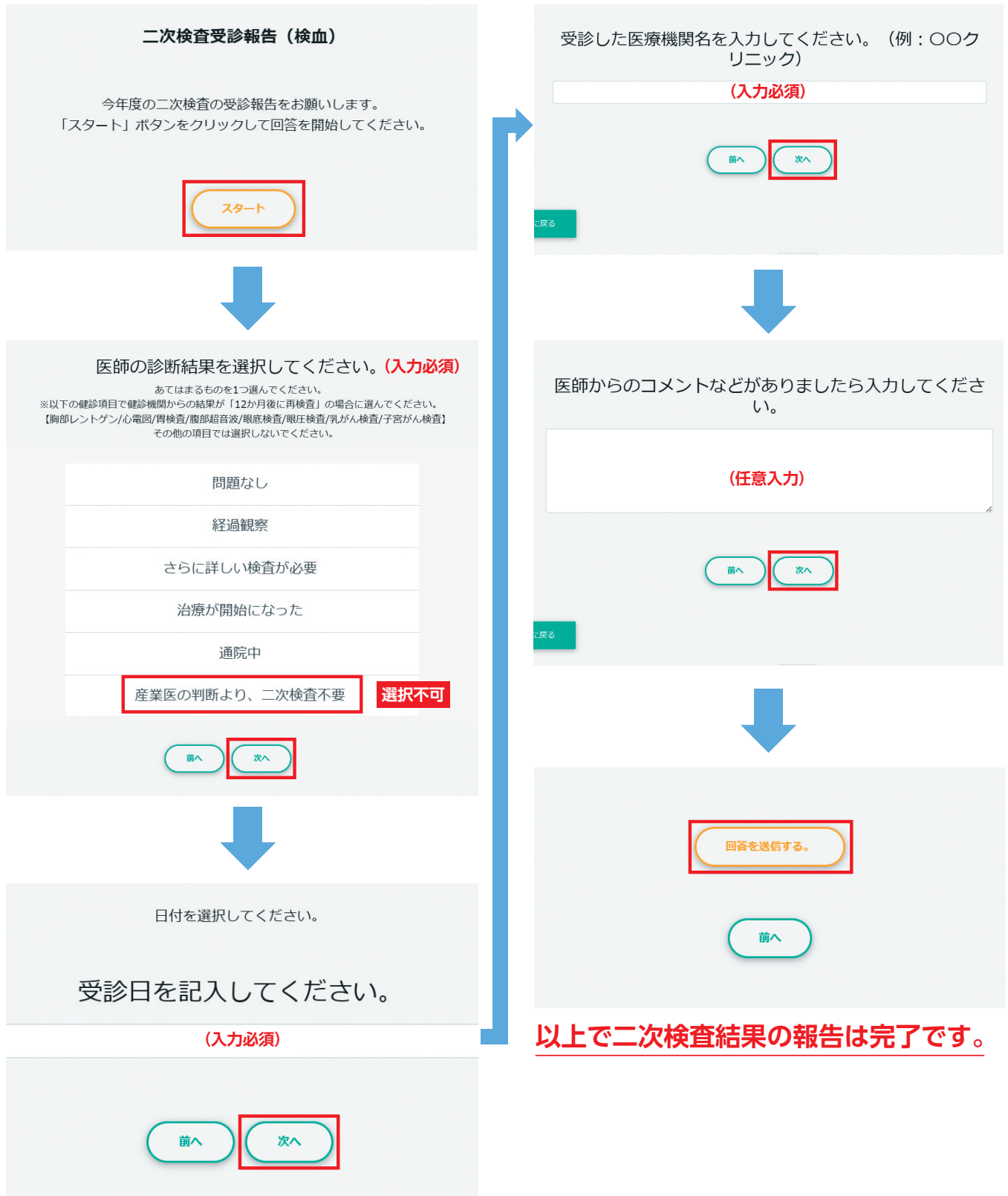
回答状況：

👉 回答する

報告する部位を確認したうえで、「回答する」ボタンをクリック

4

二次検査受診結果の報告の流れ



2026年度 子宮がん・乳がん検診のお知らせ

2026年度の子宮がん・乳がん検診は、HITO病院と四国中央病院で**無料**で実施します。病気の早期発見のために必ず受診してください。当日は感染症対策にご協力ください。

検診種別	対象年齢	検査内容
子宮がん検診	18歳以上	子宮頸部細胞診検査 経膈エコー検査
乳がん検診	18～39歳	乳腺エコー検査
	40歳以上	マンモグラフィ検査

※対象年齢は2027年3月31日時点の年齢

※子宮がん・乳がん検診を受診される方は、配偶者・家族健診等の受診が必須条件です。配偶者・家族健診を申し込んでいない方は、必ず健診を申し込んでください。(P3参照)

HITO病院で受診される方

【受診期間】 2026年6月2日(火)～2027年3月31日(水) (月土日祝除く)

【ご予約方法】 QRコードを読み取り、それぞれの検査項目ごとに選択して、**必ず希望日の5日前までに申し込みしてください。**

※予約申込みされる際、お客様メモ欄に必ず生年月日の入力をお願いします。

※システムの都合上、5月中旬以降に予約開始します。
3ヶ月先のご予約は取れませんので、ご了承ください。

※こちらの都合により検診が実施できなくなった場合は、
予約日を変更していただくことになります。

【申込締切】 **2027年3月23日(火)**

【問合わせ先】 TEL:0896-58-8300(平日9:00～17:00)

予約用QRコードは
後日ホームページ
にてご案内します。

四国中央病院で受診される方

【受診期間】 2026年10月1日(木)～2027年3月11日(木) (月～木のみ)

2026年10月1日(木)～2027年3月4日(木)は**午後のみ**実施(受付14:00)

2027年3月8日(月)～2027年3月11日(木)は**午前のみ**実施(受付9:00・10:00)

※祝日および年末年始12月28日(月)～1月3日(日)は除きます。

※都合により検診が実施できなくなった場合は、
予約日を変更していただくことになりますのでご了承ください。

【ご予約方法】 QRコードを読み取り、リンク先の予約フォームに必要事項を入力の上、**必ず希望日の2週間前までに申し込みしてください。**

予約が確定したら登録いただいたメールアドレスに
予約決定通知が送信されます。

【申込締切】 **2027年2月27日(土)**

【問合わせ先】 TEL:0896-58-3515(代)(平日:10:00～17:00)
内線253、118 ※直通電話はございません。

予約用QRコードは
後日ホームページ
にてご案内します。

がん検査・PET・脳ドック検査 費用補助のお知らせ

当健保組合では、疾病の重症化予防のための配偶者健診または家族健診(40歳以上)、任意継続者健診、特定健診(40歳以上)等のいずれかを受診された方を対象に、検査の費用補助をしています。

対象となる方は、是非ご活用していただき、自身の健康管理に役立ててください。

補助対象項目

※健康診断を受けた方のみ補助対象となります。

検査種別	検査方法	補助条件と回数	補助金額	対象年齢
胃がん検査 ※1	胃カメラ検査 (胃内視鏡検査)	一次検査で ・当該検査未受診の方 ・要精密検査となった方 ／各年度1回	上限 5,000円	40歳以上
大腸がん検査 ※1	大腸カメラ検査 (便潜血検査は 補助対象外)	年度1回	上限 15,000円	
子宮頸がん検査	細胞診検査 (子宮体がん検査は 補助対象外)	当健保組合指定病院 での一次検査で二次 検査となった方／年度 1回、当健保組合指定 病院受診が不可能な 方の一次検査と二次 検査／各年度1回※3	上限 3,000円/ 1回につき	【女性のみ】 ・18歳以上 (配偶者・任意継続被保険者) ・40歳以上(家族)
乳がん検査 ※2	マンモグラフィ検査 ----- 乳腺エコー検査		上限 3,000円/ 1回につき	
前立腺がん検査	前立腺精密検査	一次検査のPSA検査で 要精密検査となった方 ／年度1回	上限 5,000円	45歳以上
PET検査	PET-CT検査	年度1回	上限 50,000円	40歳以上の 被扶養者 ※任意継続者は対象外
脳ドック検査	MRI・MRA検査等	年度1回	上限 10,000円	

※1 胃がん・大腸がん検査のみ検査前後の診察も申請可。

※2 マンモグラフィ検査は40歳以上、乳腺エコー検査は18歳以上39歳以下を推奨
マンモグラフィ検査と乳腺エコー検査は、どちらか一方のみ補助対象

※3 子宮頸がん・乳がん検査の一次検査については、原則当健保組合指定病院で受診
ください。

補助条件の詳細はQRコードで確認



補助条件

- ・2026年度配偶者健診または家族健診(40歳以上)、任意継続者健診、特定健診(40歳以上)のいずれかを受診された方
- ・パート先や市町村で健診を受診された方(別途添付書類必要)

提出期限

がん検査・PET・脳ドックの各検査後、3ヵ月以内

提出書類

- ①2026年度 費用補助申請書(P16～17参照)
- ②領収書(写し可)
- ③診療明細書(写し可、検査項目が細かく記載されているもの)
- ④検査結果(写し可、発行されている場合のみ提出)
※任意継続者については任意継続者用の申請書を使用ください。
※申請書は当健保組合ホームページよりダウンロードしてください。
- ⑤【パート先・市町村で健診を受診された方】
健診結果の写し・特定健診問診票(P21)

提出方法

提出書類①～⑤をメール又は郵送で申請

補助金支給

原則15日までに受付したものは翌月20日に事業所へ振り込みます。その後、事業所が被保険者の口座へ振り込みます。
※任意継続者は原則15日までに受付したものは当月25日に指定口座へ振り込みます。

検査費用補助申請書の提出先及び問合せ

〒799-0403

愛媛県四国中央市三島朝日2丁目12番45号

大王製紙健康保険組合 総務課

E-mail : ara005@daiogroup.com TEL :0896-24-5055 (自動音声2)

【2026年度】がん検査 費用補助申請書

～健康診断を受けた方のみ補助対象となります～ (太枠内全てご記入ください)

記入日		年 月 日 各がん検査受診後3ヵ月以内に提出		
①被保険者情報	健康保険の記号・番号が不明な場合は国のマイナ-外でご確認ください	記号	番号	事業所名
	被保険者氏名	(フリガナ)		
②受診者	受診者氏名	続柄	年齢	
	携帯番号	※平日の日中に連絡がつく番号		

★ 健康診断受診日(必須) ※がん検査受診日ではありません				年	月	日
③がん検査の受診情報	検査項目	該当するものに○を付けてください	支払総額	検査結果(必須)	病名 (分かる範囲で記入してください)	
	胃がん検査 (バリウム・カプ)	健康診断時に一次検査を受けた ・はい→(バリウム・カプ) ・いいえ	円	異常なし・再検査 経過観察・治療開始		
	大腸カメラ検査 (便潜血検査は対象外)		円	異常なし・再検査 経過観察・治療開始		
	子宮頸がん検査	健康診断時に一次検査を受けた→(はい・いいえ)	円	異常なし・再検査 経過観察・治療開始		
	乳がん検査 (マンモグラフィor 乳腺I-)	健康診断時に一次検査を受けた→(はい・いいえ)	円	異常なし・再検査 経過観察・治療開始		
前立腺精密検査		円	異常なし・再検査 経過観察・治療開始			

検査項目	対象者	補助条件	補助額
胃がん検査	35歳以上の被保険者、 40歳以上の被扶養者 ・任意継続被保険者	年度1回 (健康診断時に胃カプの受診者及び生検のみの申請は補助対象外)	上限 5,000 円
大腸カメラ検査			上限 15,000 円
子宮頸がん検査	18歳以上の被保険者・配偶者 40歳以上の家族 (女性のみ) マンモグラフィ…40歳以上推奨 乳腺I-…39歳以下推奨	○一次検査/年度1回 ○一次検査において要精密検査となった方は二次検査補助申請可/年度1回 ※乳がん検査:マンモグラフィと乳腺I-はどちらか一方のみの補助	上限 3,000 円
乳がん検査 (マンモグラフィ検査 or 乳腺I-検査)			上限 3,000 円
前立腺精密検査	45歳以上の加入者	年度1回 初診及び2回目の受診分まで申請可	上限 5,000 円

初回検査分のみ補助対象です。胃カプと大腸カプ検査のみ検査前後の診察も申請可。

【がん検査 費用補助申請に必要なもの】

- 申請前にご確認ください
- がん検査 費用補助申請書
- 領収書(写し可)
- 診療明細書(写し可) ※検査項目が細かく記載されているもの
- 検査結果(写し可) ※発行されている場合のみ提出

詳細は当健保
組合ホ-ム-ペ-ジへ



【健保組合使用欄】 補助金支給決定額	担当
¥	

口被扶養者:パート先で健康診断を受けた方は別途「健診結果」と「当組合指定の問診票」の提出が必要です。

【2026年度】PET・脳ドック検査 費用補助申請書

～健康診断を受けた方のみ補助対象となります～ （太枠内すべてご記入ください）

記入日		年 月 日			検査受診後 3 ヶ月以内に提出		
① 被保険者情報	健康保険の記号・番号が不明な場合は国のマイポータルでご確認ください	記号	番号	事業所名			
	被保険者氏名	(フリガナ)					
② 受診者	受診者氏名			続柄	年齢		
	携帯番号				※平日の日中に連絡がつく番号		

★ 健康診断受診日（必須） ※PET・脳ドック検査受診日ではありません				年 月 日		
③ 検査の受診情報	検査項目	支払総額	検査結果（必須）		病名 <small>(分かる範囲で記入してください)</small>	
	PET 検査	円	異常なし・再検査・経過観察・治療開始			
	脳ドック検査	円	異常なし・再検査・経過観察・治療開始			

検査項目	対象者	補助条件	補助額
PET 検査	40 歳以上の被保険者 及び被扶養者 (任意継続者は対象外)	1 回/年度	上限 50,000 円
脳ドック検査			上限 10,000 円

【注意事項】健康保険を使用した場合は、補助申請の対象外です。

【 PET 検査 】

- PET 検査に関しては、あくまでも検診目的で受けたものが補助申請の対象となります。
がんが見つかり、PET 検査を行った場合は、補助申請の対象にはなりません。

【 脳ドック検査 】

- 脳ドック検査に関しても、検診目的で受けたものが補助申請の対象となります。
頭痛があり病院を受診し、脳ドック検査を行った場合は、補助申請の対象にはなりません。

【 PET・脳ドック検査 費用補助申請に必要なもの 】

申請前にご確認ください。 **全て必須書類です。**

PET・脳ドック検査 費用補助申請書

領収書(写し可)

※領収書に PET・脳ドックの検査種別と検査費用の記載がない場合、領収書に加え内訳が分かる書類を添付してください

検査結果(写し可)

【健保組合使用欄】 補助支給決定額	担当
¥	

禁煙外来費用補助のお知らせ

対象者 20歳以上の被扶養者、任意継続者

対象期間 2026年4月1日(水)～2027年3月31日(水)

提出期限 最終診療後30日以内

申請条件 申し込み期間中にエントリーシート(P19)を提出後、12週間(約3ヵ月間)の禁煙治療に成功した方
※2回目以降は、前回の申請より1年以上期間があいていれば可。

提出書類

- ①禁煙外来費用補助申請書(P20)
- ②領収書(写し可、調剤薬局の領収書も含む)
- ③診療明細書、調剤明細書(写し可)

上記書類を当健保組合へ郵送、メールまたはFAXで申請してください。
※任意継続者については、任意継続者用の申請書を使用ください。
申請書は当健保組合ホームページよりダウンロードしてください。

補助金支給 原則15日までに受付したものは翌月20日に事業所へ振り込みます。その後、事業所が被保険者の口座へ振り込みます。
※任意継続者は原則15日までに受付したものは当月25日に指定口座へ振り込みます。

禁煙外来費用補助申請書の提出先及び問合せ

〒799-0403 愛媛県四国中央市三島朝日2丁目12番45号
大王製紙健康保険組合 健康管理課 禁煙担当:金山
TEL:0896-24-5051(自動音声1) FAX:0896-24-5075
E-mail:ara012@daiogroup.com

禁煙外来費用補助申請書

提出日	年 月 日	最終診療後1ヵ月以内に提出		
① 被保険者情報	健康保険の記号・番号が不明な場合は国のマイナポータルでご確認ください	記号	番号	事業所名
	被保険者氏名	(フリガナ)		
② 受診者情報	受診者氏名	続柄	年齢	
	携帯番号	※平日の日中に連絡がつく番号		

③ 受診情報	検査項目	支払総額	受診期間	医療機関名
	禁煙外来	円	初回診療日 年 月 日 最終診療日 年 月 日	

【補助金の支給】

原則15日までに受付したものは翌月の20日に事業所へ振り込みます。
その後、事業所が被保険者の口座へ振り込みます。

【禁煙外来費用補助申請に必要なもの】

- ✓ 提出前にご確認ください
- 禁煙外来費用補助申請書
- 領収書(写し可、調剤薬局の領収書も含む)
- 診療明細書、調剤明細書(写し可)

【健保組合使用欄】 補助金支給決定額	担当
¥	

【提出先】大王製紙健康保険組合 健康管理課 ara012@daiogroup.com
〒799-0403 愛媛県四国中央市三島朝日2-12-45

特定健診問診票

※1 健康保険情報(記号 番号) 氏名:

※1 健康保険の記号・番号が不明な場合は国のマイナポータルでご確認ください。

該当する項目に をご記入ください。身長 _____ cm 体重 _____ kg 腹囲:(_____)cm 血圧 _____ / _____

No.	質問項目	回答
1	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1:最近1か月間吸っている 条件2:生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)	<input type="checkbox"/> はい(条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 吸っていない(条件2のみ満たす) (条件1:2以外)
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10	1回30分以上の軽い汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	<input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速い。	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 遅い
15	就寝時の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか。 (※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者)	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週5~6日 <input type="checkbox"/> 週3~4日 <input type="checkbox"/> 週1~2日 <input type="checkbox"/> 月に1~3日 <input type="checkbox"/> 月に1日未満 <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安: ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・約110ml)、 ワイン(同14度・約180ml)、ウイスキー(同43度・60ml)、 缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1~2合未満 <input type="checkbox"/> 2~3合未満 <input type="checkbox"/> 3~5合未満 <input type="checkbox"/> 5合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) <input type="checkbox"/> 近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ