

定期健康診断・生活習慣病予防健診のご案内

当所では、事業主や従業員の皆様の健康の維持増進が事業経営に大きな影響を及ぼすものであることから、福利厚生事業の一環として事業所の定期健康診断・生活習慣病予防健診を毎年継続して実施しております。

従業員を雇用している事業所は、労働安全衛生法に基づき、年1回健康診断を行わなければならないと定められております。

今年度も、より多くの方に受診していただけるよう健診日程を2日間設定いたしました。検査コースには特定健診項目も含まれていますので、この機会に是非ご利用下さい。

記

- 健 診 日 2022年 10月17日(月)・11月14日(月)
- 健 診 時 間 8:30~16:00(最終受付時間15:30)
- 対 象 者 当所会員事業所事業主及びその従業員
- 健 診 会 場 **大府商工会議所 3階ホール**

★**協会けんぽ**(全国健康保険協会愛知支部)加入者で**35歳以上の被保険者**の方が、**胃部X線検査**を希望される場合は、(B)又は(C)コースを選択して下さい。(負担金が少ないのでお得です)
★上記以外の方は、(A)を選択し、必要に応じてオプション検査を追加して下さい。

■ 健診料金負担額 (消費税込)	(A)コース 商工会議所一般健診	1名	6,080円
	(B)コース 協会けんぽ生活習慣病予防健診	協会けんぽ加入者専用	1名 7,160円
	(C)併用コース (Aコース)+(Bコース)	(35歳以上の被保険者)	1名 7,330円

- オプション検査 オプション検査は裏面の料金表をご確認いただき、追加検査ご希望の場合は健康診断申込書にご記入をお願いいたします。

※ 健診料金は、健診終了後日、各事業所へ実施人数分を請求させていただきます。

※ 風車共済(1人2口以上)加入の方へ

風車共済に2口以上加入し、且つ加入後2口以上が6カ月を経過されている方には、大府商工会議所が1,500円を補助します。当所で加入状況を確認させていただくので申込みは不要です。健診料金は補助額を引いた金額でご請求いたします。

※直接中京サテライトクリニックにてご予約・健診の場合は、大府商工会議所へ風車共済の申込が必要となります。

※ 協会けんぽ(全国健康保険協会)加入の方へ

2022年度内の年齢で35歳以上の被保険者の方は協会けんぽの補助制度を利用することが出来ます。

(B)コース・(C)併用コースの協会けんぽ生活習慣病予防健診をご利用される場合に適用されます。

協会けんぽ愛知支部への申し込みは、中京サテライトクリニックにて行います。

(詳しくは下記健診機関までお問合せ下さい)

※ 中小企業共済に加入の方へ

健診補助として(A)コースを受診されますと**1人1,500円**、(B)コース・(C)併用コースを受診されますと**1人5,000円**、又(A)コースに胃部X線検査を追加した場合は**1人5,000円**補助制度がご利用いただけます。

中小企業共済への申し込みは、商工会議所にて行います。

健康診断申込書の「中小企業共済加入」有無欄に必ずご記入下さい。

助成券は纏めて中京サテライトクリニックへ納入します。

実施日に受診されなかった場合、各事業所へ返送させていただきます。

注意！(B)コース・(C)併用コースを受診する方が胃部X線検査を中止した場合、補助額は1人1,500円となります。

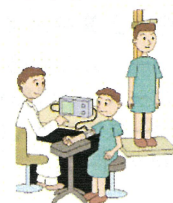
- お申し込み方法 **2022年8月19日(金)迄**に申込書に必要箇所ご記入の上、大府商工会議所まで持参またはFAXでお申込下さい。**FAX:0562-46-9030 期日厳守でお願いいたします。**

- 健診結果成績表 健診機関より直接個人または事業所へ郵送いたします。

- 健診実施機関 (医)九愛会 中京サテライトクリニック
豊明市沓掛町石畑180-1
お問合せ時間:8:30~17:00(月~土曜日) 休診日(日曜日・祝日)

健診会場は大府商工会議所です。お間違えないようお願いします。

Tel:0562-91-6868 担当 **相羽・軸丸**



【悪天候・感染症予防対策等の事情により、健康診断を延期又は中止させて頂く場合がございます。あらかじめご了承下さい。】

一般健康診断・生活習慣病予防健診 検査内容

検 査 項 目			商工会議所 一般健康診断	協会けんぽ 生活習慣病予防健診	(A)コース + (B)コース
検査項目	検査目的	検査内容	(A)コース	(B)コース	(C)併用コース
			●印:商工会議所一般健康診断項目 □印:協会けんぽ生活習慣病予防健診項目		
診察		問診・計測・BMI・視力検査・腹囲測定	●	□	●□
血圧測定		坐位	●	□	●□
聴力検査	難聴等聴力の検査	オーディオメーター1000・4000Hz	●	□	●□
尿検査	腎機能・糖尿	糖・蛋白・潜血	●	□	●□
	肝機能	ウロビリノーゲン	●	—	●
糞便検査	大腸がん	免疫便潜血反応:2日法	オプション②	□	□
胃部X線検査	上部消化器疾患	デジタル撮影	オプション①	□	□
胸部X線検査	呼吸器疾患	直接撮影	●	□	●□
心電図検査	心臓機能検査	12誘導	●	□	●□
眼底検査	高血圧・糖尿病 動脈硬化・眼底出血	無散瞳カメラ:両眼	オプション③	オプション③	オプション③
血液検査	貧血、感染症等	WBC・RBC・Hb・Ht	●	□	●□
		血小板数・MCV・MCH・MCHC	●	—	●
	肝炎・肝疾患	GOT・GPT・γ-GTP・ALP	●	□	●□
		LDH・総蛋白・アルブミン・総ビリルビン	●	—	●
	脂質系	総コレステロール・中性脂肪・HDL-C・LDL-C	●	□	●□
	糖尿病	空腹時血糖・HbA1c	●	□	●□
	膵臓機能	アミラーゼ	●	—	●
	腎疾患	尿素窒素	●	—	●
	腎疾患・痛風	クレアチニン・尿酸・eGFR	●	□	●□
健診料金負担額 (税込) 《オプション検査は含まれていません》			6,080円	7,160円	7,330円

※ 上記、協会けんぽ生活習慣病予防健診(B)・(C)の費用は協会けんぽの補助額を差し引いた自己負担金を記載しております。

注意:(B)・(C)の生活習慣病予防健診は右記保険証をお持ちの被保険者

(2022年度内に35歳以上になる方)のみご利用いただけます。

他の健康保険組合加入者はご利用できませんのでご了承下さい。

(被保険者用)

健康保険 被保険者証 本人(被保険者) 00123
平成20年10月14日交付
記号 11010203 番号 123456

氏名 ケン ケイ 健保 太郎
生年月日 昭和 49年 5月 24日 性別 男
資格取得年月日 平成 20年 10月 10日

事業所所在地 港区〇〇〇1-2-3
事業所名称 〇〇株式会社
保険者番号 010100011
保険者名称 全国健康保険協会 〇〇支部
保険者所在地 〇〇市〇〇区〇〇町〇〇-〇〇

■ オプション検査(上記検査コースに追加又は単項目での受診可能です)

検査番号	検査項目	検査目的	検査内容	商工会議所指定料金(税込)
①	胃部X線検査	上部消化器疾患	デジタル撮影	3,670円
②	大腸がん検査	大腸がん	免疫便潜血反応 2日法	1,050円
③	眼底検査	高血圧・糖尿病 動脈硬化・眼底出血	無散瞳カメラ撮影 (両眼)	730円
④	子宮頸がん検査	子宮頸がん	自己採取法	2,100円
⑤	前立腺がん検査	前立腺がん	腫瘍マーカーPSA (血液検査)	1,880円

■ 中小企業共済加入者の方の健診費用ご負担例

- ・(A)コースのみ受診 6,080円 - (中小企業共済補助:1,500円) = 4,580円
- ・(A)コース + 胃部X線検査 6,080円 + 3,670円 - (中小企業共済補助:5,000円) = 4,750円
- ・(B)コース協会けんぽ生活習慣病予防健診 7,160円 - (中小企業共済補助:5,000円) = 2,160円
- ・(C)併用コース 7,330円 - (中小企業共済補助:5,000円) = 2,330円

健康診断申込書

大府商工会議所 宛

FAX 0562-46-9030

※8月19日(金)迄に大府商工会議所へ持参またはFAXをお願いいたします。

事業所名		中小企業共済加入	有 ・ 無
所在地	〒 —	TEL	() —
		FAX	() —
代表者名		担当者名	

協会けんぽ保険証の記号 (7～8桁の番号)				健診機関使用欄		
No	協会けんぽ 保険証番号	フリガナ(必ずご記入下さい) 受診者名 生年月日	性別	受診項目 (受診希望コース・オプション検査に○印を付けてください)	健診日 (希望日に○)	* 健診日時 * 料 金
1		フリガナ	男・女	(A)コース ・ (B)コース ・ (C)併用コース	10/17(月) 11/14(月)	/ : ~
				オプション検査 ① 胃部X線【(B)・(C)は含む】 ② 大腸がん【(B)・(C)は含む】 ③ 眼底 ④子宮頸がん ⑤ 前立腺がん		
		S・H 年 月 日				
2		フリガナ	男・女	(A)コース ・ (B)コース ・ (C)併用コース	10/17(月) 11/14(月)	/ : ~
				オプション検査 ① 胃部X線【(B)・(C)は含む】 ② 大腸がん【(B)・(C)は含む】 ③ 眼底 ④子宮頸がん ⑤ 前立腺がん		
		S・H 年 月 日				
3		フリガナ	男・女	(A)コース ・ (B)コース ・ (C)併用コース	10/17(月) 11/14(月)	/ : ~
				オプション検査 ① 胃部X線【(B)・(C)は含む】 ② 大腸がん【(B)・(C)は含む】 ③ 眼底 ④子宮頸がん ⑤ 前立腺がん		
		S・H 年 月 日				
4		フリガナ	男・女	(A)コース ・ (B)コース ・ (C)併用コース	10/17(月) 11/14(月)	/ : ~
				オプション検査 ① 胃部X線【(B)・(C)は含む】 ② 大腸がん【(B)・(C)は含む】 ③ 眼底 ④子宮頸がん ⑤ 前立腺がん		
		S・H 年 月 日				
5		フリガナ	男・女	(A)コース ・ (B)コース ・ (C)併用コース	10/17(月) 11/14(月)	/ : ~
				オプション検査 ① 胃部X線【(B)・(C)は含む】 ② 大腸がん【(B)・(C)は含む】 ③ 眼底 ④子宮頸がん ⑤ 前立腺がん		
		S・H 年 月 日				
6		フリガナ	男・女	(A)コース ・ (B)コース ・ (C)併用コース	10/17(月) 11/14(月)	/ : ~
				オプション検査 ① 胃部X線【(B)・(C)は含む】 ② 大腸がん【(B)・(C)は含む】 ③ 眼底 ④子宮頸がん ⑤ 前立腺がん		
		S・H 年 月 日				
7		フリガナ	男・女	(A)コース ・ (B)コース ・ (C)併用コース	10/17(月) 11/14(月)	/ : ~
				オプション検査 ① 胃部X線【(B)・(C)は含む】 ② 大腸がん【(B)・(C)は含む】 ③ 眼底 ④子宮頸がん ⑤ 前立腺がん		
		S・H 年 月 日				

- ◆ 健診日程は、各会員様と調整させていただきますので*欄は記入しないで下さい。
- ◆ フリガナと生年月日も忘れずご記入をお願いします。
- ◆ B・Cコースを受診希望の方は、必ず保険証の記号と番号を忘れずにご記入をお願いします。
- ◆ 申し込み用紙が不足した場合は、コピーしてご使用下さい。

大府商工会議所・中京サテライトクリニックは、個人情報の保護に取り組んでいます。ご記入いただいた情報及び健診結果は健康診断以外には利用いたしません。

切
り
取
り
線

特殊健診 オプション申込書

大府商工会議所 宛

FAX 0562-46-9030

※8月19日(金)迄に大府商工会議所へ持参またはFAXをお願いいたします。

事業所名	氏名
------	----

検 査 項 目			検査内容	検査料金 (税込)	希望欄
有機溶剤	A	トルエン	問診・診察・採尿(馬尿酸)	4,950円	
		キシレン	問診・診察・採尿(メチル馬尿酸)	4,950円	
		1・1・1-トリクロロエタン	問診・診察・採尿(総三塩化物orトリクロロ酢酸)	4,950円	
		ノルマルヘキサン	問診・診察・採尿(2.5ヘキサンジオン)	4,950円	
		同グループが複数の場合	1項目追加につき	1,650円	
	B	N・N-ジメチルホルムアミド	問診・診察・採尿(Nメチルホルムアミド)	6,600円	
特別有機溶剤		テトラクロロエチレン	問診・診察・採尿(総三塩化物orトリクロロ酢酸) 採血(GOT・GPT・γ-GTP)	6,600円	含有量 %
		スチレン	問診・診察・採尿(マンデル酸) 採血(GOT・GPT・γ-GTP)	6,600円	含有量 %
		トリクロロエチレン	問診・診察・採尿(総三塩化物orトリクロロ酢酸) 採血(GOT・GPT・γ-GTP)	6,600円	含有量 %
		同グループが複数の場合	1項目追加につき	1,650円	

◆特殊健診オプション希望の方は希望欄に○印をご記入いただき、健康診断申込書と一緒にFAXをお願いいたします。

◆特別有機溶剤をご希望の場合は含有量を教えていただく必要がございます。販売店からのSDS安全データシートをご確認下さい。
こちらから含有量について確認させていただく場合がございますのでご了承下さい。

ご不明なことがございましたら、中京サテライトクリニックまでお問い合わせ下さい。(0562-91-6868 担当: ^{アイバ}相羽・^{ジクマル}軸丸)

◆特殊健診は定期健診・生活習慣病予防健診とは別の専用問診表が同封されます。
合わせてご記入の上、健診時にご持参下さい。

切
り
取
り
線