

平成29年 6月12日

会員各位

伊予商工会議所
順風会 健診センター

健康診断のご案内

初夏の候 会員の皆様におかれましてはますますご健勝のこととお慶び申し上げます。
さて、当所では順風会健診センターと共同で会員福祉事業として、会員事業所の皆様を対象に、健康診断を実施します。

つきましては、是非この機会に受診されますようご案内申し上げます。

なお、当事業は好評のため、来年度以降も引き続き実施する予定にしております。

記

- 実施日時 **平成29年9月4日(月)**
午前の部 9:00~11:30
午後の部 13:00~15:00
- 実施場所 伊予市総合保健福祉センター 2階会議室
(伊予市尾崎3番地1)
- 対象者 伊予商工会議所会員事業所の代表者(役員)及び従業員(家族従業員含む)
- 検査項目及び費用
○別紙のとおりです。(労働安全衛生法の検査項目をみたしています)
○商工会議所より1人500円(1企業あたり10人限度)の補助をします。
ただし、当日受診できないことがわかっていて申込をされた場合は、補助対象外となりますのでご了承下さい。
- 申込方法 別紙申込書に必要事項をご記入のうえ、伊予商工会議所まで
FAX(983-2227)にてお申込みいただくか、ご持参下さい。
※希望者は、オプション検査を追加して受診できます。
- 申込締切 **平成29年7月21日(金)**
- その他 当日キャンセルをされた方は、後日、順風会健診センターにて受診することができます。

8 お問い合わせ先

| | | |
|-----------|-------------------------------|--------------|
| 申し込みに関する件 | 伊予商工会議所 総務課 宇都宮 | TEL 982-0334 |
| 健診内容に関する件 | 順風会 健診予約センター 松山市天山町二丁目4-17 | TEL 915-0002 |

検 査 項 目 表

(税込:円)

| 健診種別 | | 定期健診 | 生活習慣病予防健診 |
|------------------|-----------|------------------------------|-----------------------|
| | | 協会けんぽ加入者(34歳以下) 国民健康保険加入者 | 協会けんぽ加入者 (35歳～74歳) |
| 問診 | | ○ | ○ |
| 身体計測 | 身長・体重・BMI | ○ | ○ |
| | 腹囲 | ○ | ○ |
| | 血圧 | ○ | ○ |
| | 視力 | ○ | ○ |
| | 聴力 | ○ | ○ |
| 血液検査 | 血液一般 | 赤血球 | ○ |
| | | 白血球 | ○ |
| | | 血小板 | ○ |
| | | ヘマトクリット | ○ |
| | | 血色素 | ○ |
| | 肝機能等 | GOT | ○ |
| | | GPT | ○ |
| | | γ-GTP | ○ |
| | | ALP | ○ |
| | 腎 | 尿酸 | ○ |
| | | クレアチニン | ○ |
| | 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 | ○ |
| | 糖 | 血糖 | ○ |
| HbA1c | | ○ | |
| 尿検査 | 尿蛋白 | ○ | |
| | 尿糖 | ○ | |
| | 尿潜血 | ○ | |
| | ウロビリノーゲン | ○ | |
| 心電図 | | ○ | ○ |
| 胸部X線検査(直接撮影) | | ○ | ○ |
| 胃部X線検査(直接撮影) | | | ○ |
| 大腸がん検査 | | | ○ |
| 健診費用 | | 6,990 | 7,038 |
| 商工会議所の補助を受けた健診費用 | | 6,490 | 6,538 |

●生活習慣病予防健診で胃部X線検査を実施しない場合の費用は、3,750円になります。

| | | | |
|---------|----------------|-------|-------|
| オプション検査 | 胃部X線検査(直接撮影) | | 4,320 |
| | 大腸がん検査(便潜血検査) | | 1,290 |
| | 前立腺がん検査(PSA検査) | | 1,000 |
| | 有機溶剤 | トルエン | 2,060 |
| キシレン | | 2,060 | |

伊予商工会議所 会員

健康診断受診申込書

申込締切：7月21日(金)

事業所名： _____

伊予商工会議所 行き

所在地：〒 _____

FAX:089-983-2227

電話番号： _____ 担当者： _____

| 健康保険被保険者証(協会けんぽ) ※1 | フリガナ | | 性別 | 生年月日(和暦) | 希望時間 ※2 | 協会けんぽ | オプション検査 ※希望の方 | | |
|---------------------|---------|---------|----|---------------------|---------|-------|--------------------------|-----------|-------|
| | 保険番号 | 記号 | | | | | | 番号 | 氏名 |
| 例 | 1380013 | 7050337 | 10 | ケンシン タロウ 健 診 太 郎 | 男 | 女 | T S H 47年10月10日 10:00 | 加入 未加入 | 前立腺がん |
| 1 | | | | | 男 | 女 | T S H 年 月 日 | 加入 未加入 | |
| 2 | | | | | 男 | 女 | T S H 年 月 日 | 加入 未加入 | |
| 3 | | | | | 男 | 女 | T S H 年 月 日 | 加入 未加入 | |
| 4 | | | | | 男 | 女 | T S H 年 月 日 | 加入 未加入 | |
| 5 | | | | | 男 | 女 | T S H 年 月 日 | 加入 未加入 | |

※1 表中の健康保険被保険者証枠内の保険者番号・記号・番号は、協会けんぽ加入者のみご記入下さい。(国保等の加入者は、ご記入不要です。)

※2 希望時間を記入下さい。受診者が多い時間帯は、希望のお時間には添えない場合がございます。

※上記内容が記載されていれば、事業所独自の様式でも構いません。(6名以上の場合は、お手数ですがコピーで対応願います。)