

# 令和5年度集団健康診断 生活習慣病健診

清須市商工会主催 9月25(月)・26(火)・27(水)・10月17(火)・18(水)日 実施

清須市商工会では会員企業の従業員等に集団健康診断を実施しております。従業員の健康を確保することは、労働安全衛生規則により企業に義務付けられており、第44条による一年に一度の健康診断、第43条による雇入時の健康診断は特に重要です。

◆健診内容 A型:7,200円、B型:11,600円、協会けんぽ:5,300円 ●便潜血検査:2,200円(オプション)2日法

中小企業共済の加入者なら 商工会より被共済者1名に付、健康診断助成金があります。

※協会けんぽの価格改定に伴い、協会けんぽを受診される方への健康診断助成金は200円に変更いたしました。

※A型、B型を受診される方への健康診断助成金は例年と同様1,000円となっております。

中小企業共済よりA型受診で1,500円、B型・協会けんぽ受診で5,000円の健康診断助成金があります!! (年1回)

↳ 中小企業共済の割引対象は、傷害共済・生命傷害共済・経営者医療共済にご加入頂いてる方のみとなります。

※従業員医療共済・従業員弔慰金共済・弔慰金共済・ガン共済のみのご加入者は対象外となりますのでご注意ください。

実施機関:(一財) 近畿健康管理センター

健診種別		A型	B型	協会けんぽ	検診種別	A型	B型	協会けんぽ	
身体測定(身長、体重、腹囲)		☆	☆	☆	血中脂質	総コレステロール	☆	☆	☆
視力・血圧測定		☆	☆	☆		中性脂肪	☆	☆	☆
胸部X線撮影		☆	☆	☆		HDL コレステロール	☆	☆	☆
		☆	☆	☆		LDL コレステロール	☆	☆	☆
検尿	尿糖	☆	☆	☆	貧血	赤血球数	☆	☆	☆
	尿蛋白	☆	☆	☆		白血球数	☆	☆	☆
	ウロビリノーゲン	☆	☆	☆		血色素量	☆	☆	☆
	尿潜血	☆	☆	☆		ヘマトクリット	☆	☆	☆
既往歴、業務歴の調査		☆	☆	☆	糖尿	血糖(随時血糖検査)	☆	☆	☆
自他覚症状の有無調査		☆	☆	☆	心電図検査	☆	☆	☆	
肝機能	GOT	☆	☆	☆	聴力検査	☆	☆	☆	
	GPT	☆	☆	☆	胃部検査		☆	☆	
	γ-GTP	☆	☆	☆	便潜血検査	※	※	☆	
腎機能	尿素窒素	☆	☆	☆	※A型・B型の便潜血検査はオプションです				
	クレアチニン	☆	☆	☆	A型	B型	協会けんぽ		

単価

①

7,200円

11,600円

5,300円

1:商工会助成金で割引(中小企業共済加入者のみ)

-1,000

-1,000

-200

2:中小企業共済からの割引(中小企業共済加入者のみ)

-1,500

-5,000

-5,000

3:事業者(受診者)負担金の合計(中小企業共済加入者のみ)

②

4,700円

5,600円

100円

4:便潜血検査(オプション)を希望する方

① + 2,200円 =

9,400円

13,800円

5:便潜血検査(オプション)を希望する方(中小企業共済加入者のみ)

② + 2,200円 =

6,900円

7,800円

協会けんぽ利用者の方で人間ドックを希望される方は KKCウェルネス 名古屋健診クリニック(名古屋市中区栄2-10-19

名古屋商工会議所ビル11F)にて受診が可能になりました。けんぽ、共済補助も利用できます。(完全予約制) 詳細は担当まで

※当日自己都合等による未受診や健診内容を変更し、健診金額が変更となった場合等、健診金額をご返金できませんのでご了承下さい。

# 協会けんぽの生活習慣病予防健診とは？

40歳以上75歳未満の協会けんぽ加入の被保険者と35歳以上39歳以下で、生活習慣の改善指導を受けることを希望する被保険者であれば、年度中(4月～翌年3月)1回の受診に限り、5,300円で受診ができます。

「年齢対象者」は平成元年4月1日以前生まれの方  
※未受診項目の申込金は返金いたしませんので全ての項目を受診下さい。

**胃部検査未受診の場合協会けんぽ補助対象外になり追加金が発生します(注意ください)**

協会けんぽで婦人科健診をご希望される方へ  
20歳～38歳の偶数年齢の女性の方 子宮頸がん  
36歳～74歳の偶数年齢の女性の方 子宮頸がん  
40歳～74歳の偶数年齢の女性の方 乳がん

※クリニックでの受診となりますので、5日間の日程では受診できません。  
※クリニックで受診する場合は、事前に予約が必要です。

※本年より、商工会館で実施される5日間の日程での健康診断について、クリニックで婦人科健診を受診される方は受診が出来なくなりましたので、健康診断と婦人科健診の両方の受診をご希望の方は、クリニックでまとめて受診いただきますよう、お願い申し上げます。

## 【注意事項】

- ※ B型と協会けんぽは胃部X線検査を行いますので受診前の10時間は、飲食・喫煙等をお控え下さい。
- ※ 開催日によって受付時間が異なっております。申込書をご確認の上、お申込みいただきますようお願いいたします。
- ※ 40歳以上の方はできるだけB型をお受けください。(胃部検査・オプションで便潜血検査も行います。)
- ※ 各日とも健診終了まで時間がかかることをご了承下さい。
- ※ 当日は、受診票の問診部分をご記入のうえ、各自でお持ち下さい。
- ※ お車でお越しの場合は、乗合わせにご協力お願い致します。(限られた駐車スペースしかございません。)
- ※ 貴重品は自己管理でお願い致します。
- ※ 協会けんぽの被扶養者の方は協会けんぽを利用いただけません。A型かB型を選択してください。
- ※ 問診票等は受診日の4日前までに到着しない場合は商工会までご連絡をお願いします。TEL(052-400-3008)

## 【場所・受付時間】

清須市商工会館

9月25日(月)・9月27日(水)・10月17日(火)	午前8時～11時20分(受付終了)
9月26日(火)・10月18日(水) 男性限定	午前8時～10時30分(受付終了)
9月26日(火)・10月18日(水) 女性限定	午前10時45分～11時20分(受付終了)

※9/25、9/27、10/17は最大70名、9/26、10/18は最大65名となります。

※5日間で最大340名となりますので、定員になり次第、健康診断の受付が終了となりますので、ご了承ください。

## 【申込方法】

申込書にご記入の上、健診料を添えて7月28日(金)までに清須市商工会へお持ちいただくか申込書をFAX(052-400-8484)の後、お振込みをお願い致します。

※期日までに申込及び健診料をご入金頂けない場合、健康診断を受診できませんのでご注意ください。

## 【振込先】

中日信用金庫清洲支店 普通預金 0511191

清須市商工会 会長 堀田忠彦

(振込手数料はご負担くださいますようお願い申し上げます)

担当:岡田 岩井 園原

# 集団健康診断申込書 9月25(月)・26(火)・27(水)・10月17(火)・18(水)日

※本年より会場は全日程ともに清須市商工会館となっております。

希望時間は下記の候補よりお選びください

9月25日、9月27日、10月17日 { 08:00～、08:15～、08:30～、08:45～、09:00～、09:15～、09:30～、09:45～、  
10:00～、10:15～、10:30～、10:45～、11:00～、11:15～

9月26日、10月18日 男性限定 08:00～、08:15～、08:30～、08:45～、09:00～、  
09:15～、09:30～、09:45～、10:00～、10:15～  
女性限定 10:45～、11:00～、11:15～

●開催日の内、9月26日、10月18日については受付時間を男女別とさせていただくことになりました。

●9/25、9/27、10/17は最大70名、9/26、10/18は最大65名となります。

※お申し込みは先着順となりますので、第2・3希望でもご案内できない場合がございます。  受診日現在でお願いします。

No.	種別 (A型/B型/ 協会けんぽ)	氏名	フリガナ	性別	生年月日	年齢	加入番号-共済番号	オプション
	便潜血							
1	A・B・協			男・女	年 月 日	歳	-	<input type="checkbox"/>
	第一希望 / : ~	第二希望 / : ~	第三希望 / : ~	受診料金	円			
2	A・B・協			男・女	年 月 日	歳	-	<input type="checkbox"/>
	第一希望 / : ~	第二希望 / : ~	第三希望 / : ~	受診料金	円			
3	A・B・協			男・女	年 月 日	歳	-	<input type="checkbox"/>
	第一希望 / : ~	第二希望 / : ~	第三希望 / : ~	受診料金	円			
4	A・B・協			男・女	年 月 日	歳	-	<input type="checkbox"/>
	第一希望 / : ~	第二希望 / : ~	第三希望 / : ~	受診料金	円			
5	A・B・協			男・女	年 月 日	歳	-	<input type="checkbox"/>
	第一希望 / : ~	第二希望 / : ~	第三希望 / : ~	受診料金	円			
6	A・B・協			男・女	年 月 日	歳	-	<input type="checkbox"/>
	第一希望 / : ~	第二希望 / : ~	第三希望 / : ~	受診料金	円			
7	A・B・協			男・女	年 月 日	歳	-	<input type="checkbox"/>
	第一希望 / : ~	第二希望 / : ~	第三希望 / : ~	受診料金	円			
8	A・B・協			男・女	年 月 日	歳	-	<input type="checkbox"/>
	第一希望 / : ~	第二希望 / : ~	第三希望 / : ~	受診料金	円			
							合計	円

※受診希望が9名以上の事業所様は裏面をご利用いただくか、予めコピーをしてご利用ください。

## 記入に関する注意事項

- ①種別からA型/B型/協会けんぽを選んで○で囲んでください。
- ②中小企業共済補助を利用する場合は、中小企業共済の共済番号を記入して下さい。
- ③A型又はB型でオプション(便潜血)を希望される場合は口に入力して下さい。
- ④「協会けんぽ」を利用される場合は必ず、協会けんぽから送付された生活習慣病予防健診申込書を添付してください。
- ⑤「協会けんぽ」は34才以下は適用外ですのでA型かB型より選択してください。
- ⑥手続きの都合上、8月8日(火)以降の日程・種別変更の受付は対応いたしかねます。

中小企業共済にご加入ではありませんか？ お得な健康診断助成金制度がございます。

申込日 令和 5 年 月 日

- ①住所 〒 - \_\_\_\_\_
- ②送付先 〒 - \_\_\_\_\_  
※健診の案内等を送付させていただく住所をご記入ください。  
住所と送付先が同じ場合は②の記入は不要です。
- ③事業所名/代表者 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- ④TEL/FAX \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- ⑤連絡責任者 \_\_\_\_\_

※上記の「記入に関する注意事項」を確認しましたか？

チェック

# 集団健康診断申込書【裏面】

※表面のみで不足する場合は以下の記入欄もご利用ください。

※お申し込みは先着順となりますので、第2・3希望でもご案内できない場合がございます。 受診日現在でお願いします。

種別 (A型/B型/ 協会けんぽ)	氏名	フリガナ	性別	生年月日			年齢	加入番号-共済番号	オプション
				年	月	日			便潜血
9	A・B・協			男・女	S	H	年 月 日 歳	-	<input type="checkbox"/>
	第一希望 / : ~	第二希望 / : ~	第三希望 / : ~	受診料金		円			
10	A・B・協			男・女	S	H	年 月 日 歳	-	<input type="checkbox"/>
	第一希望 / : ~	第二希望 / : ~	第三希望 / : ~	受診料金		円			
11	A・B・協			男・女	S	H	年 月 日 歳	-	<input type="checkbox"/>
	第一希望 / : ~	第二希望 / : ~	第三希望 / : ~	受診料金		円			
12	A・B・協			男・女	S	H	年 月 日 歳	-	<input type="checkbox"/>
	第一希望 / : ~	第二希望 / : ~	第三希望 / : ~	受診料金		円			
13	A・B・協			男・女	S	H	年 月 日 歳	-	<input type="checkbox"/>
	第一希望 / : ~	第二希望 / : ~	第三希望 / : ~	受診料金		円			
14	A・B・協			男・女	S	H	年 月 日 歳	-	<input type="checkbox"/>
	第一希望 / : ~	第二希望 / : ~	第三希望 / : ~	受診料金		円			
15	A・B・協			男・女	S	H	年 月 日 歳	-	<input type="checkbox"/>
	第一希望 / : ~	第二希望 / : ~	第三希望 / : ~	受診料金		円			
16	A・B・協			男・女	S	H	年 月 日 歳	-	<input type="checkbox"/>
	第一希望 / : ~	第二希望 / : ~	第三希望 / : ~	受診料金		円			
17	A・B・協			男・女	S	H	年 月 日 歳	-	<input type="checkbox"/>
	第一希望 / : ~	第二希望 / : ~	第三希望 / : ~	受診料金		円			
18	A・B・協			男・女	S	H	年 月 日 歳	-	<input type="checkbox"/>
	第一希望 / : ~	第二希望 / : ~	第三希望 / : ~	受診料金		円			
※記入欄が不足する場合は、お手数ですが、予めコピーをしてご利用ください。								合計	円

- 記入に関する注意事項**
- ①種別からA型/B型/協会けんぽを選んで○で囲んでください。
  - ②中小企業共済補助を利用する場合は、中小企業共済の共済番号を記入して下さい。
  - ③A型又はB型でオプション(便潜血)を希望される場合は□に✓を入れて下さい。
  - ④「協会けんぽ」を利用される場合は必ず、協会けんぽから送付された生活習慣病予防健診申込書を添付してください。
  - ⑤「協会けんぽ」は34才以下は適用外ですのでA型かB型より選択してください。
  - ⑥手続きの都合上、8月8日(火)以降の日程・種別変更の受付は対応いたしかねます。

中小企業共済にご加入ではありませんか？ お得な健康診断助成金制度がございます。

申込日 令和 5 年 月 日

- ①住所 〒 -
  - ②送付先 〒 -
- ※健診の案内等を送付させていただく住所をご記入ください。  
住所と送付先が同じ場合は②の記入は不要です。
- ③事業所名/代表者 /
  - ④TEL/FAX /
  - ⑤連絡責任者

※ ご記入いただいた情報は、当商工会、実施機関の(一財)近畿健康管理センターからの各種連絡・情報提供・健診結果送付のために利用致します。