



令和元年度 健康診断のご案内

～ 実施方法が変わりました! ～



当所では、会員事業所の事業主・ご家族・従業員の皆様を対象に、生活習慣病などの健康診断を割安な受診料で実施しております。

例年10月に集団検診を実施しておりますが、今年度より、集団検診以外に、いつでもご都合の良い日程で健康診断を受診できるようになりました。

「イッシー共済(会員生命共済)」加入者、及び法人会会員事業所への助成制度もありますので、この機会に受診いただきますようご案内申し上げます。

※ この健診は、労働安全衛生法に基づく「定期健康診断」や「雇入時健康診断」を充足しておりますので、年1回の法定健診としてもご利用いただけます。

詳細につきましては、各別紙をご参照ください。

- * 健診内容・料金は・・・**裏面**をご参照ください。
- * 「集団検診」のお申し込みは・・・**別紙1**をご参照ください。
- * 上記、集団検診以外のお申し込みは・・・**別紙2**をご参照ください。

協会けんぽ 加入事業所の皆様へ

今回の健診結果データを、協会けんぽへご提供くださるようお願い申し上げます。
(40歳以上の方のみ)

- * データを提供することが、将来の健康保険料上昇抑制に繋がります。
- * データは、南記念クリニックより協会けんぽへ直接提供いたします。
- * ご提供くださる方は、申込書に健康保険証記号・番号の記入をお願い致します。
- * **国民健康保険加入者は対象外**となりますのでご注意ください。



[健診内容及び料金]

※10月からの消費税増税に伴い、料金を改定しておりますのでご了承ください。

○ Aコース(35歳及び40歳以上の方が対象) 6,160円(税込)

○ Bコース(35歳を除く40歳未満の方が対象) 3,080円(税込)

※ 35歳を除く40歳未満の方でも、希望によりAコースを受診できます。

検 査 項 目		Aコース	Bコース
問 診	事前記入式(調査票)	○	○
身 体 計 測	身長	○	○
	体重	○	○
	体脂肪	○	○
	BMI	○	○
	腹囲	○	×
尿 検 査	糖	○	○
	蛋白	○	○
	潜血	○	○
	ウロビリノーゲン	○	×
血 圧 測 定		○	○
血 液 検 査	貧血検査(赤血球数・血色素量・ヘマトクリット値・MCV・MCH・MCHC)		
	白血球数・血小板		
	肝機能検査(GOT・GPT・r-GTP・アミラーゼ)	○	×
	脂質検査(中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール)		
	腎機能検査(尿素窒素・クレアチニン)		
	代謝系検査(空腹時血糖・ヘモグロビン A1c・尿酸)		
心電図検査	○	×	
聴 力 検 査		○	○
視 力 検 査		○	○
胸部レントゲン	直接撮影	○	○
医師の診察		○	○

[オプション]

検 査 項 目		料 金 (税込)
① 大腸がん検査	2日分の便を採取	1,100円
② 前立腺がん検査	血液検査 ※Aコース受診者のみ対象	1,320円
③ 肝炎ウイルス検査 (B型肝炎・C型肝炎)	血液検査 ※Aコース受診者のみ対象	1,650円
④ ヘリコバクターピロリ菌抗体検査	血液検査 ※Aコース受診者のみ対象 ピロリ菌の感染の有無を調べます	2,343円
⑤ 胃ペプシノゲン検査	血液検査 ※Aコース受診者のみ対象 萎縮性胃炎等を検査します 胃がんの危険度を調べます	2,970円



Aコースを申込みされる方は、血液検査がありますので、朝食を摂らないでお越しください。ただし、水・お茶のみの水分摂取は可能です。

* イッシー共済加入者は1口500円、法人会会員事業所は1,000円の助成があります。(事業所に対する助成制度の限度額は、健診料相当額で、年度内一回限りとします。)

例年の 集団検診について

- 検診日 ● 令和元年10月24日(木)
- 受付時間 ● 午前7時30分 ~ 午前9時15分
 - ※ 各々の健診時間は後日ご連絡致します。
 - ※ 健診所要時間は、一人あたり約1時間程度です。
- 会 場 ● 指宿商工会議所 2階会議室

★ 申込方法 ★ 裏面申込書にご記入の上、商工会議所までお申込みください。
(FAX 24-3175 での申込可)

※健診料金は当日、受付にてお支払いください。

★ 申込締切日 ★ 令和元年9月13日(金)

★ 健診実施機関 ★ 医療法人圭裕会 南記念クリニック

★ そ の 他 ★

○ 健診約3週間後に、当所より各事業所に「健康診断結果報告書」を送付します。

ご不明な点等ありましたら、商工会議所(TEL22-2473)へ
お問合せください。

[集 団 検 診 申 込 書]

事業所名		住 所	
TEL		FAX	

※この欄は、協会けんぽへ加入している事業所のみご記入ください。(国民健康保険加入者は対象外)

● 今回の健診結果データを、健診実施機関より直接、協会けんぽへ提供することに同意していただけますか。

同意する 同意しない

※ 提供に同意する場合、健康保険証の記号・番号を必ずご記入ください。(40歳以上の方のみ)

フリガナ 受診者名	性別	生 年 月 日	コース	オプション (○で囲む)	健康保険証記号・番号 ※協会けんぽへデータ 提供する場合のみ記入
	男・女	昭和 年 月 日 平成	A ・ B	大腸がん 前立腺がん 肝炎ウイルス ピロリ菌 胃ペプシノゲン	
	男・女	昭和 年 月 日 平成	A ・ B	大腸がん 前立腺がん 肝炎ウイルス ピロリ菌 胃ペプシノゲン	
	男・女	昭和 年 月 日 平成	A ・ B	大腸がん 前立腺がん 肝炎ウイルス ピロリ菌 胃ペプシノゲン	
	男・女	昭和 年 月 日 平成	A ・ B	大腸がん 前立腺がん 肝炎ウイルス ピロリ菌 胃ペプシノゲン	
	男・女	昭和 年 月 日 平成	A ・ B	大腸がん 前立腺がん 肝炎ウイルス ピロリ菌 胃ペプシノゲン	

● 受付開始直後は大変混雑が予想されます。

受診時間のご希望がありましたら、ご記入ください。〔 時 分頃〕

なお、申込状況によってはご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。

※ 5名以上申込みの際は、この用紙をコピーして記入して下さい。(申込用紙は、当所ホームページからもダウンロードできます。)

※ ご記入いただいた情報は、商工会議所からの各種連絡・情報提供のために利用するほか、参加者の実態調査・分析のために利用することがあります。

この欄は商工会議所で記入致します。

[健診料] Aコース @6,160 円× Bコース @3,080 円× 大腸がん検査 @1,100 円× 前立腺がん検査 @1,320 円× 肝炎ウイルス検査 @1,650 円× ピロリ菌検査 @2,343 円× 胃ペプシノゲン検査 @2,970 円× 合計()円	[助成制度] ・法人会会員 1,000 円 ・イッシー共済(1口 500 円)× 合計()円	納 入 金 額	円
---	--	------------------	---

(新) 通年受診について

～ 都合の良い日に受診を希望される方 ～

健診内容・料金は、集団検診と変わりません。
通年受診のお申し込みは、年間通して随時受け付けます。

● 検診日 ● **令和元年 11 月 1 日以降
月曜日～土曜日の午前中**

※ 事前予約制となります。
ご希望の日程を申込書にご記入ください。
病院の空き状況により、ご希望に添えない場合も
ありますので ご了承ください。

● 受付時間 ● **午前8時30分～**

※ 各々の健診時間は後日ご連絡致します。
※ 健診所要時間は、一人あたり約1時間程度です。

● 会 場 ● **医療法人圭裕会 南記念クリニック**

★ 申込方法 ★ 裏面申込書にご記入の上、商工会議所までお申込みください。
(FAX 24-3175 での申込可)

※健診料金は当日、病院窓口にてお支払いください。

- ・ 問診票 及び結果表は、準備ができ次第、南記念クリニックよりご連絡いたしますので、病院窓口で受取をお願いいたします。
- ・ 病院の受付は、午前8時30分からになります。7時～8時30分の間で受診をご希望の場合は、病院では対応できませんので、10 月実施の集団検診の受診をお願いいたします。

ご不明な点等ありましたら、商工会議所 (TEL22-2473) へ
お問い合わせください。

[健康診断申込書]

事業所名		住所	
TEL		FAX	
※この欄は、協会けんぽへ加入している事業所のみご記入ください。(国民健康保険加入者は対象外)			
● 今回の健診結果データを、健診実施機関より直接、協会けんぽへ提供することに同意していただけますか。 <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない ※ 提供に同意する場合、健康保険証の記号・番号を必ずご記入ください。(40歳以上の方のみ)			
フリガナ 受診者名	性別	生年月日	コース オプション (○で囲む)
	男 ・ 女	昭和 年 月 日 平成	A ・ B 大腸がん 前立腺がん 肝炎ウイルス ピロリ菌 胃ペプシノゲン
	男 ・ 女	昭和 年 月 日 平成	A ・ B 大腸がん 前立腺がん 肝炎ウイルス ピロリ菌 胃ペプシノゲン
	男 ・ 女	昭和 年 月 日 平成	A ・ B 大腸がん 前立腺がん 肝炎ウイルス ピロリ菌 胃ペプシノゲン
受診希望日	第1希望	令和 年 月 日	
※必ず第2希望まで ご記入をお願いします	第2希望	令和 年 月 日	

※ 3名以上申込みの際は、この用紙をコピーして記入してください。
(申込用紙は当所ホームページからもダウンロードできます。)

※ ご記入いただいた情報は、商工会議所からの各種連絡・情報提供のために利用するほか、参加者の実態調査・分析のために利用することがあります。

この欄は商工会議所で記入致します。			
[健診料] Aコース @6,160 円× 名 Bコース @3,080 円× 名 大腸がん検査 @1,100 円× 名 前立腺がん検査 @1,320 円× 名 肝炎ウイルス検査 @1,650 円× 名 ピロリ菌検査 @2,343 円× 名 胃ペプシノゲン検査 @2,970 円× 名 合計()円	[助成制度] ・法人会会員 1,000 円 ・イッシー共済(1口 500 円)× 口 合計()円	納入金額	円