

2024年度 生活習慣病健診と定期健康診断のお知らせ

会員の皆様におかれましては、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

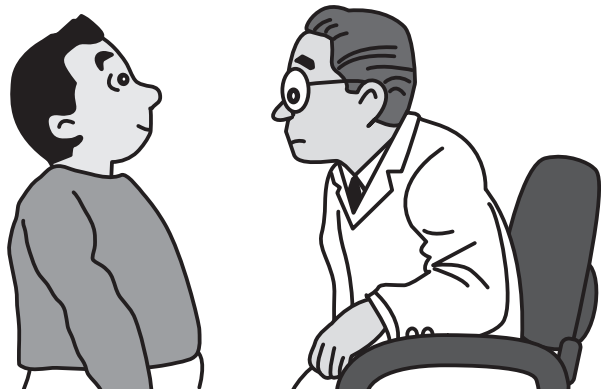
商工会では、会員及び従業員とその御家族の為に、生活習慣病健診・法定健診を毎年実施致しております。

最近、中小企業経営のなかで、経営者・従業員の健康問題が大きくクローズアップされております。しかしながら、毎日の忙しさの中で健康診断を受けたくとも時間や手続きの問題で、つい煩わしくなるものです。

この機会に、ぜひ受診されるよう、お勧めいたします。

【実施要領】

- 健診日時 2024年11月11日(月)
- 健診受付時間 8時30分～11時30分 (生活習慣病健診)
13時30分～14時30分 (法定健診)
- 申込締切日 2024年10月18日(金)
- 健診会場 座間市商工会
- 定員 生活習慣病健診：50名 法定健診：100名
- 健診申込先 座間市商工会 座間市座間2-2887-2
TEL (046) 251-1040 FAX (046) 254-2220
- 健診申込方法 申込書を御記入の上、郵送又はFAXにてお願い致します。
- 健診料金支払方法 健診結果報告後に請求書を送付致します。



主催/座間市商工会
座間市座間2-2887-2
TEL (046) 251-1040 FAX (046) 254-2220

協賛/神奈川県福祉共済協同組合
横浜市中区元浜町4-32
TEL (045) 228-0774 <健診料金補助お問合せ先>

委託健診医療機関/(一財)神奈川県労働衛生福祉協会
大和市大和東3-10-18
TEL (046) 262-8155 FAX (046) 262-9511

※感染症対策を行っておりますが、緊急事態宣言等で健康診断が中止になる場合がございます。
また、中止の場合は御申込頂いた方へご連絡をさせていただきます。

神奈川県福祉共済(協)にご加入の方 ~令和3年度より請求手続きが必要になりました~
同組合の運営する共済制度にご加入の方は、(一財)産業NAVIの健診料金補助制度が利用でき、
1名につき2,000円の補助金が受けられます。健診受診後すみやかに下記まで電話連絡のうえ、
補助金請求手続きを行っていただきますようお願いいたします。
神奈川県福祉共済(協) 横浜市中区元浜町4-32 TEL: 045-228-0774(健診制度補助金)

★今回の健診で行う内容と料金

1. 生活習慣病健診 (会 員) 16,580円 (消費税込) (法令による定期健康診断を含みます。)
(心臓病・脳卒中・糖尿病・肝臓・腎臓・高低血圧症・がん早期発見)

身長、体重、腹囲、視力、胸部X線撮影、胃部X線撮影、聴力検査 (1,000Hz、4,000Hz)、血圧測定、心電図、貧血検査 (赤血球、血色素量、ヘマトクリット値)、肝機能検査 (AST、ALT、γ-GT、ALP)、血中脂質検査 (LDLコレステロール、HDLコレステロール、中性脂肪)、空腹時血糖、HbA1c、尿検査 (糖、蛋白、潜血、ウロビリノーゲン)、腎機能検査 (尿素窒素、クレアチニン、尿酸)、眼底検査、便潜血 (1回法)、医師による問視診

2. 法定健診 (会 員) 8,270円 (消費税込)

身長、体重、腹囲、視力、胸部X線撮影、聴力検査 (1,000Hz、4,000Hz)、血圧測定、心電図、貧血検査 (赤血球、血色素量)、肝機能検査 (AST、ALT、γ-GT)、血中脂質検査 (LDLコレステロール、HDLコレステロール、中性脂肪)、空腹時血糖、HbA1c、尿検査 (糖、蛋白)、医師による問視診

3. オプション項目

腹部超音波 (胆のう、肝臓、膵臓、腎臓、脾臓) 4,200円
前立腺 (PSA) 2,620円
新型コロナウイルス抗体検査 5,000円

※申込の際はワクチン接種後、2週間以上経過してから申してください。

【受診時のご注意】

1. 前もってお送りします、健診個人票に必要事項を記入の上、当日ご持参ください。
2. 生活習慣病健診を受診される方及びオプションで腹部超音波検診を受診される方は、検査を行う関係上、前日夜9時以降の飲食と朝食 (飲物も含む) をとらずにおいでください。
ただし、健診時間に関わらず、お水 (糖質を含まない) に限り健診2時間前まで200ml以内であれば摂取可能です。
3. 法定健診を受診される方は、
午前ご案内の場合：水・お茶は可。朝食はとらずにおいでください。
午後ご案内の場合：水・お茶は可。昼食はとらずにおいでください。(朝食は可)
4. 生活習慣病健診を受診される方は、法定健診を受ける必要はありません。
5. 健診の結果は約3週間で事業所または個人へ直接郵送致します。
6. 健診の結果、所見のあった方は、二次精密検査についても、医師が相談に応じます。

生活習慣病健診・法定健診申込書

事業所名 _____ 担当者名 _____

住 所 _____ T E L _____ ()

受診申込者 (希望される項目に必ず丸印をご記入ください。)

フリガナ 氏 名	生年月日	年齢	性別	健診コース (希望項目に丸印をつけてください)	オプション		
					超音波	前立腺	コロナ抗体
	T・S・H 年 月 日		男・女	生活習慣病 法定健診	有 無	有 無	有 無
	T・S・H 年 月 日		男・女	生活習慣病 法定健診	有 無	有 無	有 無
	T・S・H 年 月 日		男・女	生活習慣病 法定健診	有 無	有 無	有 無

※個人情報について 今回の健診に関する必要情報につきましては、第三者への漏洩なきよう厳重に管理いたしますが、実施に際しましては座間市商工会および(一財)神奈川県労働衛生福祉協会はこの情報を共有させていただきます。何卒ご了承下さい。