

早期発見！早期治療で！いきいき健康！！

平成 29 年度 健康診断の実施について

時下、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。日頃より本会の事業運営に際しまして、ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、本年度も会員事業所のトータルヘルスを目標に、健康診断を下記の内容で実施いたします。働くお一人お一人の健康状態を把握して頂くためにも、この機会に受診くださいますようお願い申し上げます。

記

1. 日にち 平成 29 年 10 月 5 日 (木)、6 日 (金)
2. 受付時間 午前：8 時～11 時 30 分 午後：1 時 30 分～3 時 30 分
【注：子宮ガン検査は二日目〔6日(金)〕午前中のみ受診となります】
3. 場所 西那須野商工会館
4. 内容、料金 裏面の通り



【一般健康診断をご希望の皆様へ】

商工会会員（家族・従業員含む）であれば誰でも受診できます。

別紙申込書にて**9月12日（火）**までに西那須野商工会へ料金を添えてお申し込みください。

【協会けんぽ 生活習慣病予防健診をご希望の皆様へ】

○全国健康保険協会（以下、協会けんぽ）の生活習慣病予防健診は、協会けんぽ発行の健康保険証をお持ちの35歳～74歳までの方が受診できます。

※協会けんぽの健康保険証を利用している事業所には、3月中に“生活習慣病予防健診申込書”が届いております。この書類にお名前が印字された方が対象です。

○健診希望者は、“生活習慣病予防健診申込書”を協会けんぽへご提出下さい。商工会へは、協会けんぽに提出した申込書のコピーと別紙申込書を併せて**9月6日（火）**までに商工会へ料金を添えてお申し込みください。

○協会けんぽの“生活習慣病予防健診申込書”記入の際には、次の様にご記入ください。

- ・希望する健診の種類は“一般健診”に○（付加健診等は受診不可）
- ・健診機関名及び健診機関コードに“宇都宮東病院 0910111137”と記入
- ・右下の巡回検診車の希望の有無の欄の“有”に○

○“特定保健指導等の健康診断申込書”を協会けんぽへ併せて提出して頂きますと、協会けんぽの専属保健師の健康指導が無料で受けられます。

▼詳しくは下記HPの「生活習慣病予防健診のご案内」をご覧ください▼

全国健康保険協会（協会けんぽ）栃木支部 Tel.028-616-1695

<http://www.kyoukaikenpo.or.jp/>

【市の健康診断について】

那須塩原市民で40歳以上の国民健康保険加入者は、市で実施する健康診断（特定健診）が無料で受診できます。該当者には今年4月に、市より「健診のご案内」と「受診券」が送付されておりますのでご確認ください。

お問い合わせ先：那須塩原市保健福祉部健康増進課 Tel.0287-63-1100

西那須野商工会健康診断 受診項目および料金

【一般健康診断】（労働安全衛生法に基づく内容となっております）

項目内容（13項目）	料金
身長・体重（BMI） 腹囲測定（判定含む） 血圧測定 視力検査 聴力検査 胸部X線間接撮影 尿検査（糖・蛋白） 心電図検査（安静時12誘導） 医師診察 ▼血液検査▼ 血液一般検査（RBC・Hb） 脂質検査（TG・HDL・LDL） 血糖検査（FBS・HbA1c） 肝機能検査（GOT・GPT・ γ -GTP）	5,600円 (税込み)

【協会けんぽ：生活習慣病予防健診】（一般健診より充実した内容となっております）

項目内容（17項目）	料金
身長・体重（BMI） 腹囲測定（判定含む） 血圧測定 視力検査 聴力検査 胸部X線撮影 尿検査（糖・蛋白・潜血） 心電図検査（安静時12誘導） 医師診察 胃部X線撮影 大腸ガン検査（便潜血2回法） ▼血液検査▼ 血液一般検査（WBC・RBC・Hb・Ht） 腎機能検査（ クレアチニン ） 脂質検査（TG・TC・HDL・LDL） 尿酸検査（UA） 肝機能検査（GOT・GPT・ γ -GTP・ALP） 血糖検査（FBS・HbA1c）	7,038円 (税込み)

【オプション】（任意に選んで健診に加えることができます）

項目内容	料金（税込み）
胃部X線間接撮影	4,000円
眼底検査（両眼）	1,600円
大腸ガン検査（便潜血1回法）	800円
前立腺検査	2,000円
子宮ガン検査（一般健康診断受診の場合）	3,500円
子宮ガン検査（生活習慣病予防健診で偶数年齢の方の場合）	875円
子宮ガン検査（生活習慣病予防健診で奇数年齢の方の場合）	2,916円
乳ガン検査（超音波）	2,000円
ピロリ菌抗体・ペプシノーゲン検査	4,000円
塵肺検査（塵肺を取り扱う対象事業所のみ）	2,808円

【申し込まれる全ての皆様へ】

- 申込み後、健診実施日までに宇都宮東病院（以下病院）より申込者の受診票が届きます。必要箇所をご記入の上、当日ご持参ください。
- 乳ガン検査は、エコー（超音波）検査です。（マンモグラフィではありません。）
- 子宮ガン検査は、医師による採取となります（自己採取法ではありません）。**10月6日午前中のみ受診可能**ですので、ご注意ください。
- 事前の連絡無しに当日健診を欠席した場合は、料金の返金はいたしかねます。
- 当日、健診が受けられなかった場合は宇都宮東病院で受診することができます。事業所より病院へ直接お電話いただき、予約後に健診となります。

健康診断申込書(一般健康診断)

No. _____

平成 29 年 月 日

①事業所名 _____

②住所 那須塩原市 (Tel -)

③申込人数 (健診料)

※子宮ガン検査は二日目(6日)の午前中のみ受診となります

一般健康診断	人×@ 5,600 =
胃部 x 線間接撮影	人×@ 4,000 =
眼底検査(両眼)	人×@ 1,600 =
大腸ガン検査	人×@ 800 =
前立腺検査	人×@ 2,000 =

子宮ガン検査※	人×@ 3,500 =
乳ガン検査	人×@ 2,000 =
ピロリ菌抗体 ペプシノーゲン検査	人×@ 4,000 =
塵肺検査	人×@ 2,808 =
合計	

No.	フリガナ名	生年月日	性別		一般健診	胃部 x 線	眼底検査	大腸ガン	前立腺検査	子宮ガン	乳ガン	ピロリ	塵肺検査	希望日	
			男	女											
1		昭・平 年 月 日	男	女										5	6
2		昭・平 年 月 日	男	女										5	6
3		昭・平 年 月 日	男	女										5	6
4		昭・平 年 月 日	男	女										5	6
5		昭・平 年 月 日	男	女										5	6
6		昭・平 年 月 日	男	女										5	6
7		昭・平 年 月 日	男	女										5	6
8		昭・平 年 月 日	男	女										5	6
9		昭・平 年 月 日	男	女										5	6
10		昭・平 年 月 日	男	女										5	6
11		昭・平 年 月 日	男	女										5	6
12		昭・平 年 月 日	男	女										5	6
計			男	女										5	6

必要事項をご記入の上、商工会宛に申し込みください。用紙が足りない場合は、コピーの上ご利用下さい。複数枚になる場合の人数の集計は、一番上の用紙にご記入下さい。

商工会 処理欄	受付日 (入金日)	受領額	取扱者
------------	--------------	-----	-----

健康診断申込書(協会けんぽ 生活習慣病予防健診)

No. _____

平成29年 月 日

①事業所名 _____

②住所 那須塩原市 (Tel -)

③申込人数(健診料)

生活習慣病予防健診	人×@ 7,038 =
眼底検査(両眼)	人×@ 1,600 =
前立腺検査	人×@ 2,000 =
子宮ガン検査※ (偶数年齢の方)	人×@ 875 =
子宮ガン検査※ (奇数年齢の方)	人×@ 2,916 =

乳ガン検査	人×@ 2,000 =
ピロリ菌抗体 ペプシノーゲン検査	人×@ 4,000 =
塵肺検査	人×@ 2,808 =
合計	

※子宮ガン検査は二日目(6日)の午前中のみ受診となります
偶数、奇数年齢は2018/3/31における年齢より判断します

No.	フリガナ氏名	生年月日	性別	健診	眼底検査	前立腺検査	子宮ガン (偶数年齢)	子宮ガン (奇数年齢)	乳ガン	ピロリ	塵肺検査	希望日	
												5	6
1		昭・平 年 月 日	男 女									5	6
2		昭・平 年 月 日	男 女									5	6
3		昭・平 年 月 日	男 女									5	6
4		昭・平 年 月 日	男 女									5	6
5		昭・平 年 月 日	男 女									5	6
6		昭・平 年 月 日	男 女									5	6
7		昭・平 年 月 日	男 女									5	6
8		昭・平 年 月 日	男 女									5	6
9		昭・平 年 月 日	男 女									5	6
10		昭・平 年 月 日	男 女									5	6
11		昭・平 年 月 日	男 女									5	6
12		昭・平 年 月 日	男 女									5	6
計			男 女									5	6

必要事項をご記入の上、協会けんぽの申込書のコピーを添えて商工会宛に申し込みください。用紙が足りない場合は、コピーの上ご利用下さい。複数枚になる場合の人数の集計は、一番上の用紙にご記入下さい。

商工会 処理欄	受付日 (入金日)	受領額	取扱者
------------	--------------	-----	-----

【裏面：一般健康診断 申込書】