

会 員 各 位

沼 田 町 商 工 会
会 長 田 村 司

平成26年度健康診断の実施について（ご案内）

事業者は、労働安全規則上、常時雇用する労働者に対して年1回定期的に健康診断を行わなければならないことになっております。

本商工会といたしましては、会員の福利厚生に資する事業として、次のとおり健康診断を実施いたします。

ご利用される会員の方は、別紙「定期健康診断申込書」により9月19日（金）までにお申込みくださいますようお願い申し上げます。

また、加入者のみとなりますが全国健康保険協会管掌健康保険（協会けんぽ）が実施いたします健康診断もございますのであわせてご案内申し上げます。ただし、協会けんぽの健康診断につきましては、申込手続き等は各事業所により直接ご対応の程よろしくお願いいたします。

- 1 日 時

平成26年10月24日（金）
午前9時から午後3時まで
（11:30～13:00は除きます。
また、バリウム検査受診者は10時30分までに
受付を済ませてください。）
- 2 会 場

広島市沼田公民館
安佐南区沼田町伴5697
- 3 健康診断実施機関

（公財）広島県地域保健医療推進機構
広島市南区皆実町1-6-29
- 4 健康診断の内容

別紙 検診項目内訳表のとおり
＜参考＞労働安全衛生法では、35歳、40歳以上
の方は、基本型（A）の診断を実施しなければなら
ないとあります。
- 5 提出期限及び申込書提出先

平成26年9月19日（金）まで
沼田町商工会
安佐南区沼田町伴6301-1
TEL: 082-848-2869
FAX: 082-848-2895
- 6 健康診断料金の支払

（公財）広島県地域保健医療推進機構の請求
に基づき各事業者ごとに後日支払

検診項目内訳表

【(公財)広島県地域保健医療推進機構】

※コース

内 容		単価(1人)		
A	<p>一般定期健康診断 (基本型)</p> <p>胸部X線デジタル撮影(直接)、身体計測(身長・体重)</p> <p>視力、聴力、血圧、尿検査(糖・蛋白)、診察、腹囲</p> <p>血液検査</p> <ul style="list-style-type: none"> ・貧血(赤血球, 血色素) ・肝機能(GOT, GPT, γ-GTP) ・血中脂質検査 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>LDLコレステロール・中性脂肪</td> </tr> <tr> <td>HDLコレステロール</td> </tr> </table> ・血糖検査(空腹時) ・心電図検査 	LDLコレステロール・中性脂肪	HDLコレステロール	<p>労働安全衛生法による健診 (血液検査の中で、血糖検査・脂質検査がある為朝の食事は取らないで下さい。)</p> <p>8,280円</p>
LDLコレステロール・中性脂肪				
HDLコレステロール				
B	<p>一般定期健康診断 (省略型)</p> <p>胸部X線デジタル撮影(直接)、身体計測(身長・体重)</p> <p>視力、聴力、血圧、尿検査(糖・蛋白)</p> <p>診察</p>	<p>労働安全衛生法による健診</p> <p>3,770円</p>		

※オプション検査

内 容		単価(1人)		
1	レントゲン撮影	バリウムを飲んでエックス線で胃の中の様子を観察します。胃がんのほか胃潰瘍やポリープが見つかることがあります。	8,640円	
2	胃検診 ペプシノゲン法 (必ずバリウム検査とセットでお申込ください)	胃粘膜の萎縮程度を調べて、胃がんになりやすい状態かを調べます(血液検査でわかります)	1,720円	
3	ヘリコバクターピロリ抗体検査	胃潰瘍などを作り出すピロリ菌に対する抗体が含まれているかどうかを調べます(血液検査でわかります)	1,720円	
4	前立腺がん検査 男性(PSA)	前立腺肥大や前立腺炎でも数値が上昇します(血液検査でわかります)	1,720円	
5	大腸がん検査	便の中の血液混入を調べます	1,540円	
6	糖尿病検査(HbA1c)	血液検査でわかります	1,020円	
7	肝炎検査	HCV抗体	過去検査された方を除きます	2,050円
8		HBs抗原	毎年検査を受けて下さい	1,020円
9	有機溶剤検査(トルエン)	尿検査でわかります	2,160円	

定期健康診断 申込書

フリガナ			
事業所名			
所在地	〒 -		
申込担当者			
TEL	() -	FAX	() -

◎下記のとおり申し込みます。

コース:Aコース又はBコースのいずれかをお選びください

オプション:希望項目の番号をチェックしてください

No.	フリガナ	生年月日	性別	コース	オプション検査	希望受付時間	
	健診申込者名						
1		昭 ・ 平	年 月 日	男 ・ 女	A ・ B	1・2・3・4・5 6・7・8・9・無	A・B・C・D
2		昭 ・ 平	年 月 日	男 ・ 女	A ・ B	1・2・3・4・5 6・7・8・9・無	A・B・C・D
3		昭 ・ 平	年 月 日	男 ・ 女	A ・ B	1・2・3・4・5 6・7・8・9・無	A・B・C・D
4		昭 ・ 平	年 月 日	男 ・ 女	A ・ B	1・2・3・4・5 6・7・8・9・無	A・B・C・D
5		昭 ・ 平	年 月 日	男 ・ 女	A ・ B	1・2・3・4・5 6・7・8・9・無	A・B・C・D
6		昭 ・ 平	年 月 日	男 ・ 女	A ・ B	1・2・3・4・5 6・7・8・9・無	A・B・C・D
7		昭 ・ 平	年 月 日	男 ・ 女	A ・ B	1・2・3・4・5 6・7・8・9・無	A・B・C・D
8		昭 ・ 平	年 月 日	男 ・ 女	A ・ B	1・2・3・4・5 6・7・8・9・無	A・B・C・D
9		昭 ・ 平	年 月 日	男 ・ 女	A ・ B	1・2・3・4・5 6・7・8・9・無	A・B・C・D
10		昭 ・ 平	年 月 日	男 ・ 女	A ・ B	1・2・3・4・5 6・7・8・9・無	A・B・C・D

※希望受付時間は、A 9:00～10:30 B 10:30～11:30 C 13:00～14:00 D 14:00～15:00 の中でお選びください。

※必要事項に、ご記入及び○印を付けてください。

※お願い、10名以上のお申込みの際は、お手数ですがコピーを上記で記入ください。