

令和2年 6月18日

会員各位

伊予商工会議所  
順風会 健診センター

## 健康診断のご案内

初夏の候 会員の皆様におかれましてはますますご健勝のこととお慶び申し上げます。  
さて、当所では順風会健診センターと共同で会員福祉事業として、会員事業所の皆様を対象に、健康診断を実施します。

つきましては、是非この機会に受診されますようご案内申し上げます。

なお、当事業は好評につき、来年度以降も引き続き実施する予定にしております。

記

- 実施日時 **令和2年9月7日(月)**  
午前の部 9:00～12:30 (受付終了時間 11:30)  
午後の部 13:30～15:30 (受付終了時間 14:30)
- 実施場所 伊予市総合保健福祉センター 2階会議室  
(伊予市尾崎3番地1)
- 対象者 伊予商工会議所会員事業所の代表者(役員)及び従業員(家族従業員含む)
- 検査項目及び費用  
○別紙のとおりです。(労働安全衛生法の検査項目をみたくしています。)  
○商工会議所より1人500円(1企業あたり10人限度)の補助をします。  
ただし、当日受診できないことがわかっていて申込をされた場合は、補助対象外となりますのでご了承下さい。  
○料金は、後日事業所ごとにまとめて順風会よりご請求させていただきます。  
※なお、当日お支払いいただくこともできます。
- 申込方法 別紙申込書に必要事項をご記入のうえ、伊予商工会議所まで  
FAX(983-2227)にてお申込みいただくか、ご持参下さい。  
※希望者は、オプション検査を追加して受診できます。
- 申込締切 **令和2年7月22日(水)**
- その他 当日は、必ずマスクを着用してください。  
新型コロナウイルス感染症対策の為、必ず指定された時間にお越し下さいます  
ようお願いいたします。

### 8 お問い合わせ先

申し込みに関する件	伊予商工会議所 総務課 宇都宮	TEL 982-0334
健診内容・お支払に関する件	順風会 健診予約センター 松山市天山町二丁目4-17	TEL 915-0002

## 検 査 項 目 表

(税込:円)

健診種別		定期健診		生活習慣病予防健診		
		協会けんぽ加入者(34歳以下) 国民健康保険加入者		協会けんぽ加入者 (35歳～74歳)		
問診		○		○		
身体計測	身長・体重・BMI	○		○		
	腹囲	○		○		
	血圧	○		○		
	視力	○		○		
	聴力	○		○		
血液検査	血液一般	赤血球	○		○	
		白血球	○		○	
		血小板	○		○	
		ヘマトクリット	○		○	
		血色素	○		○	
	肝機能等	GOT	○		○	
		GPT	○		○	
		γ-GTP	○		○	
		ALP	○		○	
	腎	尿酸	○		○	
		クレアチニン	○		○	
	脂質	総コレステロール	○		○	
		中性脂肪	○		○	
		HDLコレステロール	○		○	
		LDLコレステロール	○		○	
	糖	血糖	○		○	
		HbA1c	○		○	
尿検査	尿蛋白	○		○		
	尿糖	○		○		
	尿潜血	○		○		
	ウロビリノーゲン	○		○		
心電図		○		○		
胸部X線検査(直接撮影)		○		○		
胃部X線検査(直接撮影)				○		
大腸がん検査				○		
健診費用		7,150		7,169		
商工会議所の補助を受けた健診費用		6,650		6,669		

●男性の方で、お住いの市町村から届いた「風しん抗体検査」クーポンをお持ちの方は、当日クーポン券をお持ちいただくと、一緒に検査ができます。

オプション検査	胃部X線検査(直接撮影)		4,400
	大腸がん検査(便潜血検査)		1,320
	前立腺がん検査(PSA検査)		1,100
	有機溶剤	トルエン	2,200
キシレン		2,200	

伊予商工会議所 会員

## 健康診断受診申込書

申込締切：7月22日(水)

事業所名：\_\_\_\_\_

所在地：〒 \_\_\_\_\_

電話番号：\_\_\_\_\_ 担当者：\_\_\_\_\_

伊予商工会議所 行き  
FAX: 089-983-2227

	健康保険被保険者証(協会けんぽ) ※1			フリガナ	性別	生年月日(和暦)	希望 時間帯 ※2	協会 けんぽ	オプション検査 ※希望の方
	保険者 番号	記号	番号	氏名					
例	1380013	7050337	10	ケンシン タロウ 健診 太郎	男女 Ⓜ	⑤ 47年10月10日 H	午前 午後	加入 未加入	前立腺がん
1					男女	S 年 月 日 H	午前 午後	加入 未加入	
2					男女	S 年 月 日 H	午前 午後	加入 未加入	
3					男女	S 年 月 日 H	午前 午後	加入 未加入	
4					男女	S 年 月 日 H	午前 午後	加入 未加入	
5					男女	S 年 月 日 H	午前 午後	加入 未加入	

※1 表中の健康保険被保険者証枠内の保険者番号・記号・番号は、協会けんぽ加入者のみご記入下さい。(国保等の加入者は、ご記入不要です。)

※2 受診者が多い時間帯は、ご希望に添えない場合がございます。

また、新型コロナウイルス感染症対策の為、必ず指定された時間にお越し下さいますようお願いいたします。

※上記内容が記載されていれば、事業所独自の様式でも構いません。(6名以上の場合は、お手数ですがコピーで対応願います。)