

会 員 各 位

岩沼市商工会
会長 大友 浩幸
(公印省略)

令和6年度一般定期健康診断・生活習慣病予防健診のご案内

謹啓 時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

標記健診を下記により実施致しますので、従業員等の健康診断を希望される場合は別紙申込書に必要事項をご記入の上、**令和6年 7月12日(金)までお申し込み下さい**ますようお願い申し上げます。

なお、全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診(以後 生活習慣病予防健診)については、全国健康保険協会宮城県支部(以後 協会けんぽ)へ事前申込は不要となっております。健康保険を協会けんぽで加入している事業所は、**事前に協会けんぽから送付されている封筒内の、補助対象者が印字された「全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診対象者一覧」を商工会へ申込の際に提出**お願いします。未提出の事業所は、実費負担での受診となりますのでご注意願います。

また、**生活習慣病予防健診の受診時間は午前のみ(1日50名)**となりますことから、希望の日程に添えない場合がありますのでご了承ください。**※日程調整となった場合は実施機関の(一財)杜の都産業保健会担当者より連絡があります。**

謹白

記

1. 実施日時 令和6年 8月19日(月)～23日(金)
各日とも9:00～15:00
2. 実施場所 **岩沼市勤労者活動センター(岩沼市三色吉字松150-1)**
TEL:0223-25-1318
※靴の取り違え防止の為、下足袋持参のご協力をお願いします。
3. 検査項目・受診料 **裏面のとおり**
4. 申込方法 別紙申込用紙に必要事項をご記入の上、
岩沼市商工会(〒989-2432 岩沼市中央2丁目5-25)までお申し込み下さい。
お問い合わせ TEL:22-2526 FAX:22-2049
※健康保険を協会けんぽに加入している事業所は、補助対象者が印字された「全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診対象者一覧」の写しを必ず提出して下さい。(FAX可)
5. 申込締切 **令和6年 7月12日(金) 必着**
6. 実施機関 一般財団法人 杜の都産業保健会
仙台市宮城野区小鶴1丁目21-8 TEL:022-251-7261
7. 受診料 料金は実施機関に直接お支払ください。(後日請求書が送付されます)

岩沼市商工会
担当:高橋
電話 22-2526

一般定期健康診断・生活習慣病予防健診実施内容

(1) 実施日及び場所

実施日	8/19 (月)	8/20 (火)	8/21 (水)	8/22 (木)	8/23 (金)
受付時間	午前の部 9:00~12:00 午後の部 13:30~15:00	午前の部 9:00~12:00 午後の部 13:30~15:00	午前の部 9:00~12:00 後の部 13:30~15:00	午前の部 9:00~12:00 午後の部 13:30~15:00	午前の部 9:00~12:00 午後の部 13:30~15:00
場所	岩沼市勤労者活動センター				

※午前の部：生活習慣病予防健診 午後の部：一般定期健康診断

※申込状況によりご希望の日程に添えない場合がありますのでご了承願います。

日程調整となった場合は、実施機関（一般財団法人杜の都産業保健会担当者）より連絡があります。

(2) 検査内容及び受診料

受診区分	対象者	検査内容	受診料
一般定期健康診断	年齢不問	身長、体重、肥満度、視力、尿、 血圧、診察、胸部 X 線、聴力 心電図、貧血、肝機能、脂質、 血糖検査、腹囲測定	9,460円 (税込み)
生活習慣病予防健診 (協会けんぽの被保険者で健診対象者 一覧提出者)	35歳以上 (H2.4.1 以前生まれの方)	身長、体重、肥満度、視力、尿、 血圧、診察、胸部 X 線、聴力、 心電図検査、腹囲測定 血液検査(貧血、肝機能、脂質、 腎機能、糖尿病、尿酸) 胃部 X 線、便潜血検査	3,582円 (税込み)
生活習慣病予防健診 (実費) ※健診対象者一覧 未提出者	希望者	同上項目	12,793円 (税込み)
特殊健康診断	希望者	有機溶剤、じん肺	実費

※対象者年齢は令和7年4月1日時点での年齢になりますのでご注意願います。

※生活習慣病予防健診を受診される方は、一般定期健康診断が免除になります。

厚生労働省よりコラボヘルス※の推進が求められていることから、申込書に受診者の「保険記号」と「保険番号」を記載していただきますようご協力をお願いいたします。

※コラボヘルスとは

健康保険組合などの保険者と事業者が積極的に連携し、労働者の健康保持増進を効率的・効果的に行うことを指します。

一般定期健康診断・生活習慣病予防健診申込書

令和6年 月 日

申込締切日：7月12日(金)

期限厳守

事業所名 _____ 所在地 _____

電話番号 _____ F A X _____ 担当者名 _____

※受診される区分・希望日に○をつけて下さい。

受付番号	申込番号	ふりがな	性別	生年月日	保険記号	受診区分				受診希望日					備考	
		受診者名			保険番号	診一般定期健	者んぼ被保険	健診(協会けんぽ)	生活習慣病	健診(実費)	生活習慣病	特殊健診	8/19(月)	8/20(火)		8/21(水)
	1			昭和 平成	年 月 日											
	2			昭和 平成	年 月 日											
	3			昭和 平成	年 月 日											
	4			昭和 平成	年 月 日											
	5			昭和 平成	年 月 日											

※不足の場合はコピーしてお使い下さい。(本会 HP の新着情報にも本健診案内のページがありますので、そちらからもダウンロードできます。)

※申込状況により、ご希望の日程に添えない場合がありますので、あしからずご了承ください。(日程調整については実施機関より連絡があります。)

※健康保険を協会けんぽで加入している事業所は、
補助対象者が印字された「全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診対象者一覧」(写)を必ず提出して下さい。(FAX 可)

※厚生労働省よりコラボヘルスの推進が求められていることから、申込書に受診者の「保険記号」と「保険番号」を記載していただきますようご協力をお願いいたします。(コラボヘルスとは、健康保険組合などの保険者と事業者が積極的に連携し、労働者の健康保持増進を効率的・効果的に行うことを指します。)