

定期健康診断及び特殊健診

主催：春日井商工会議所建設業部会・製造業部会 健診機関：一般財団法人 公衆保健協会

会員企業を対象に、経営者・従業員の方々に対しての健康診断を実施致します。健康診断は労働安全衛生法において実施が義務づけられています。是非、受診下さい。

※労働安全衛生法の下に行う上記健診は特定健康診断（通称メタボ健診）の項目を含みます。

40歳以上の方を対象に、通常の健診に加えメタボ健診用の問診を行います。

※特殊健診とは、法令で定められた業務または特定の物質を取り扱う労働者を対象にした検査です。

※労働基準監督署への書類の提出などで受診結果をお急ぎの方は、申込書備考欄に「結果急ぎ」とご記入下さい。



実施日	時間	実施場所
9月24日（木） 25日（金） 26日（土）	9：00～11：00 ※30分刻みの予約受付です。 （所要時間 1時間30分程度）	商工会議所 1階 大会議室

今後の予定	特殊健診のみ：12/10（木）
	募 集：10月号会報

★新設★	12月健診：12/10（木）
	（対象：35歳～74歳の協会けんぽ加入事業者）
	健診内容：基本健診+大腸がん検査+胃部レントゲン検査（バリウム） 金 額：7,169円（税込）

検査内容	検査項目	金額（税込）		
		一般事業所	当所労働保険・一人親方組合加入事業所	
基本健診	身体測定（身長・体重・BMI・視力・腹囲）・胸部X線検査（レントゲン）・血圧測定・聴力検査・心電図検査・尿検査（蛋白・糖・潜血・ウロビリノーゲン）・血液検査（貧血・血糖・脂質・肝機能）・診察及び問診	5,940円	5,720円	
オプション検査	肝炎検査◎	B型肝炎検査（抗原・抗体検査）・C型肝炎検査（抗体検査）	2,970円	2,520円
	男性用がん検査◎	肝臓（AFP）・膵臓（CA19-9）・胃（CEA）・肺（CEA）・前立腺（PSA）	6,590円	6,160円
	女性用がん検査◎	肝臓（AFP）・膵臓（CA19-9）・胃（CEA）・肺（CEA）・卵巣（CA125）	6,590円	6,160円
	胃がん検査◎	胃粘膜（ペプシノーゲン）・ヘリコバクター・ピロリ菌	2,740円	2,520円
	大腸がん検査★	便潜血反応検査（2日法）ご家庭で便を2日分採取し提出	1,320円	1,230円
	子宮がん検査★	ご家庭で器具（郵送）を使ってご自分で採取し提出	2,060円	1,840円
◆特殊健診	有機溶剤基礎検査	診察・問診及び尿検査（尿蛋白）	3,300円	3,080円
	特定化学物質検査◎	診察・問診・血液検査	3,300円	3,080円
	尿中代謝物検査	尿検査（※溶剤1種類毎に費用が発生）	3,290円	3,080円

◆特殊健診を受診される方は、使用している溶剤・物質により検査項目及び金額が異なります。

溶剤・物質名（代謝物名例）	有機溶剤基礎	特定化学物質	尿中代謝物	金額（税込）	
シロキサノール・シロキサノール・酢酸エチル・IPA・メチル・イブタノール等	○	—	—	3,300円	3,080円
トルエン・キシレン・ルマルヘキサン等 ※溶剤1種類ごとに費用発生	○	—	○	6,590円	6,160円
メチルイブタノール	○	○	—	6,600円	6,160円
エチルベンゼン（1%以上含む場合）	○	○	○	9,890円	9,240円

◎印…健診の際に採血した血液を利用して行います。（有機溶剤は一部種類により含む）

★印…事前に検査キットを郵送いたします。なお、検査キットを当日持参できず、後日提出することになった方で、最終的に提出をされなかった場合オプション検査費用は請求させていただきますのでご了承下さい。

【申込方法】裏面申込書又は、当所HPより申込書をダウンロードし、FAX又はメールにてお申込み下さい。
※受診者50名以上で、健診車が訪問いたしますので、ご相談下さい。

- 【健診当日】3密を避ける為、マスク着用・来場前の検温・受診時間の厳守をお願いします。
 ※37.5℃以上の発熱のある方、風邪の症状や嗅覚・味覚の低下といった症状のある方等は受診をお断りしております。
- 【受診結果通知】受診結果は、1ヶ月程度で郵送します。
 ※産業医のコメント掲載ご希望の方は、さらに1週間程度お時間を頂く場合がございます。
- 【受診料支払方法】請求書を受診結果に同封し送付させていただきます。
- 【申込期日】8月19日（水）
- 【連絡先】商工会議所 事業推進課 TEL(0568)81-4141
- 【個人情報の取扱い】ご記入いただいた情報は、健診の連絡・受診結果の通知等目的以外に利用いたしません。
 なお、受診機関とは業務委託契約を締結し、個人情報保護は適切に管理します。



FAX : 0568-81-3123 事業推進課 行 (master@kcci.or.jp)

定期健康診断及び特殊健診申込書

事業所名			
住所	〒		
TEL		FAX	
担当者名	Q. 当所労働保険・一人親方組合に加入されていますか？ (該当に☑印)		<input type="checkbox"/> 加入している <input type="checkbox"/> 一人親方組合に加入 <input type="checkbox"/> 加入していない <input type="checkbox"/> わからない
第1希望	日	時	分
第2希望	日	時	分
第3希望	日	時	分
健診結果に産業医のコメントを掲載できます。(600円(税込)/人) <input type="checkbox"/> 必要(受診者全員) <input type="checkbox"/> 不要			

(フリガナ) 受診者氏名	生年月日 (西暦で記入)	年齢	性別	オプション検査 (希望に○印)						◆特殊健診			
				肝炎	男性用がん	女性用がん	胃がん	大腸がん	子宮がん	有機溶剤基礎	特定化学物質	尿中代謝物	
1	西暦 年 月 日		男 女										
2	西暦 年 月 日		男 女										
3	西暦 年 月 日		男 女										
4	西暦 年 月 日		男 女										
5	西暦 年 月 日		男 女										
備考	※結果をお急ぎの方は、「結果急ぎ」とお知らせ下さい。												

※(特殊健診)使用する溶剤・物質名等の種類については、使用する溶剤・塗料・原料等の製品に添付されている安全データシートを確認の上、ご記入下さい。
 ※用紙が不足している場合はコピーしてご使用下さい。