

# 定期健康診断・メタボ健診・生活習慣病健診及び

## 特殊健診のご案内(令和元年度後期)

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。ぜひ受診いただきますようご案内申し上げます。

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

※メタボ健診は 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。

（有機溶剤基礎検査、特定化学物質健康診断など）

※労働基準局への書類の提出などで健診結果をお急ぎの方は、申込書備考欄に「健診結果急ぎ」とご記入ください。



### 【実施日・場所】

実施日	健診受付時間	実施場所
9月26日(木)	9:00~11:00 ※30分刻みの予約受付です。 (所要時間 約1時間30分程度)	商工会議所 1階 大会議室
9月27日(金)		
9月28日(土)		

※特殊健診は12月11日(水)13:30~14:30にも行う予定です。

検査内容	検査項目	金額(税込)		
		一般事業所	春日井商工会議所 労働保険事務組合 加入事業所	
基本健診	身体測定(身長・体重・視力・腹囲)・胸部X線検査(直接)・ 血圧測定・尿検査・聴力検査・心電図検査・肝機能検査・ 脂質検査・貧血検査・血糖検査・診察及び問診	5,830円	5,610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)	2,910円	2,470円
	男性用がん検査◎	肝臓(AFP)・膵臓(CA19-9)・胃(CEA)・肺(CEA)・前立腺(PSA)	6,470円	6,040円
	女性用がん検査◎	肝臓(AFP)・膵臓(CA19-9)・胃(CEA)・肺(CEA)・卵巣(CA125)	6,470円	6,040円
	胃がん検査◎	血液中のピロリ菌、ペプシノーゼンを検査いたします	2,690円	2,470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	1,290円	1,200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	2,020円	1,800円
特殊健診	有機溶剤基礎検査	尿検査(尿蛋白)・問診など ※対象溶剤1種類ごとに費用が発生いたします。 例:トルエン・キシレン・ノルマルヘキサンなど。 キシレンを受診される方で、溶剤にエチルベンゼンが1%以上 含まれている場合は特定化学物質検査が必要です。	3,240円~	3,020円~
	特定化学物質健診◎	血液検査・診察及び問診など ※検査する化学物質により、健診項目が変わります。	3,240円	3,020円

◎印…血液のみで行う検査 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…検査キットを利用して行う検査 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ください。

【申込方法】裏面申込書にご記入の上、事業推進課 宛 FAXにてお申込み下さい。特殊健診を受診予定の方は、お申込み後、当所よりご連絡いたします。  
※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。

【受診結果通知】健診後1ヶ月程度で郵送にて健診結果をお知らせいたします。なお結果送付に関してご希望がございましたら健診当日受付まで申出て下さい。

【受診料支払方法】健診費用は、請求書を健診結果に同封送付させていただきます。

【申し込み期日】8月19日（月）

【連絡先】商工会議所 事業推進課 TEL (0568)81-4141 FAX (0568)81-3123  
 一般財団法人公衆保健協会 渉外課 TEL (052) 481-2161

【個人情報の取扱い】ご記入いただいた情報は、健診の連絡・健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。

健診当日、春日井市より国民健康保険の健診受診普及のため、加入対象者に、健診結果のデータの提供についてお声がけをさせていただく場合がございます。ご協力の程お願いいたします。



FAX : 0568-81-3123 春日井商工会議所 事業推進課 行

定期健康診断・メタボ健診・生活習慣病健診及び特殊健診申込書

事業所名			
住所	〒		
TEL			FAX
担当者名			Q. 春日井商工会議所の労働保険事務組合に加入されていますか？ (該当に☑印)
第1希望日	月	日 時 分	
第2希望日	月	日 時 分	
第3希望日	月	日 時 分	
			<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

(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
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		特殊健診を受診される方は、どの溶剤名・物質名を使用しているかお知らせ下さい									

※用紙が足りない場合は、コピーしてご使用下さい。

※有機溶剤基礎検査及び特定化学物質健診の受診希望される事業所様は、当所より改めてご連絡いたします。