

定期健康診断及び特殊健診のご案内

主催：春日井商工会議所建設・不動産業部会・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
全衛生法

労働安

※労働安
40歳以

受付は終了しました

※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。

| 実施日 | 時間 | 場所 |
|----------|---|------------------|
| 6月14日(水) | 9:00~11:30 (所要時間 1時間30分程度) 受付人数：各日180名 (各日30分刻み 30名毎の予約受付) | 商工会議所 1階 大会議室 |
| 15日(木) | | |
| 16日(金) | | |
| 17日(土) | | |

| | | | |
|------------------------------|--|-------------------------|-------------------------------------|
| 今後の予定 | ① 定期健診+特殊健診：9/28(木)~30(土) 募集：7月号会報 | ★健診助成★ | ★フレッシ共済加入者 基本健診のみ 1,000円 |
| | ② 生活習慣病予防健診：12/8(金) 募集：10月号会報 対象：35歳以上の協会けんぽ加入事業者 内容：基本健診+大腸がん+胃部レントゲン(バリウム) 金額：5,282円(税込) | | ★愛知県中小企業共済加入者 |
| | ③ 特殊健診：12/8(金) 募集：10月号会報(②と同日開催) | | 基本健診のみ(6・9月) 最大1,500円 |
| | | | 基本健診+オプション検査(大腸がん検査+胃がん検査) 最大5,000円 |
| | | 生活習慣病予防健診(12月) 最大5,000円 | |
| ※該当する方は、申込書に加入者を○印にてお知らせ下さい。 | | | |

| 検査内容 | 検査項目 | 金額(税込) | | |
|---------|--|--|------------------------|--------|
| | | 一般事業所 | 当労保事務組合 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・診察及び問診 血液検査(貧血・血糖・脂質・肝機能) | 6,590円 | 6,300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) | 3,270円 | 2,790円 |
| | 男性用がん検査◎ | 肝臓(AFP)・膵臓(CA19-9)・胃(CEA)・肺(CEA)・前立腺(PSA) | 7,260円 | 6,780円 |
| | 女性用がん検査◎ | 肝臓(AFP)・膵臓(CA19-9)・胃(CEA)・肺(CEA)・卵巣(CA125) | 7,260円 | 6,780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 | 3,440円 | 3,170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 | 1,590円 | 1,480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) | 3,960円 | 3,700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) | 3,300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) | |
|--|--------|--------|-------|---------|--------|
| シロキサール・シロキサール・酢酸エチル・PA・メチル・イブタール等 | ○ | — | — | 3,960円 | 3,700円 |
| 溶剤ヒュームじん肺検査は3年に1回必要です。別途2,750円(税込)費用発生 | — | ○ | — | 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 | ○ | — | ○ | 7,260円 | 6,780円 |
| エチルベンゼン(1%以上含む場合)◎ | ○ | ○ | ○ | 10,560円 | 9,860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。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。また、当日受診されなかった場合、検査キット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 】 下記申込書又は、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。

【 健 診 当 日 】 3密を避ける為、受付時間の厳守をお願いします。
※37.5℃以上の発熱等症状のある方は受診をご遠慮ください

【 受 診 結 果 通 知 】 受診結果は、1ヶ月程度で郵送します。

【 受 診 料 支 払 方 法 】 請求書を受診結果に同封し送付します。

【 申 込 期 日 】 5月10日（水）

【 問 合 せ ・ 申 込 み 】 商工会議所 運営課 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。

本健康診断を受診した事業所限定
無料でご利用できます！

健康相談、安全衛生アドバイスなど、保健師や衛生管理資格者が対応する「オンライン保健室」が無料でご利用できます。
詳しくは、当所までお問合せください。



FAX : 0568-81-3123

運営課 行 (entry@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 | 当所労働保険・一人親方組合に委託加入されていますか？ | | |
| 第1希望 | 日 | 時 | 分 |
| 第2希望 | 日 | 時 | 分 |
| 第3希望 | 日 | 時 | 分 |
| <input type="checkbox"/> 労働保険事務組合に加入 <input type="checkbox"/> 加入していない | | | |
| <input type="checkbox"/> 一人親方組合に加入 <input type="checkbox"/> 分からない | | | |
| 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) | 年齢 | 性別 | 共済加入者 は○印 | | オプション検査 (○印) | | | | | ◆特殊健診 ○印の下段に使用する溶剤名・物質名をご記入下さい | | | |
|-----------------|---------------------------|----|--------|----------------------------|---|--------------|-------------------|-------------------|---------|--------------|-----------------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | | | フ レ シ ユ 基 済 | 中 小 企 業 共 済 愛 知 県 | 肝 炎 | 男 性 用 がん | 女 性 用 がん | 胃 がん | 大 腸 がん | 基 本 健 診 不 要 | 有 機 溶 剤 基 礎 | 特 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 | 月 日 | | 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。 | | | | | | | | | | | | | |

受付は終了しました

※(特殊健診)使用する溶剤・物質名等の種類は、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。

※受診者が50名以上の場合は、健診車が貴社へ訪問いたします。一度ご相談下さい。