



健康診断のご案内

病気は早期発見・早期治療により治療の負担が減り治る確率もグンと高くなりますが、自覚症状がなく、気づかないうちに病気が進行してしまうケースも多いもの。定期的な健康診断によって、すこやかな身体を維持しましょう。

健康診断の実施が義務付けられています

事業者は、常時使用する労働者に対し、1年以内ごとに1回、定期的に、一定項目について医師による健康診断を行わなければならないとされています。
(労働安全衛生規則第44条より)



健診施設

一般社団法人ぎふ総合健診センター 岐阜市日置江4-47



通常料金 7,038円/名

会員特別料金 **6,038円(税込)/名**

- ・既往歴および業務歴の調査
- ・自覚症状および他覚症状の有無の調査
- ・身長、体重、体格指数 (BMI)、腹囲、視力および聴力の検査
- ・胸部エックス線検査
- ・胃部エックス線検査
- ・血圧の測定
- ・尿検査 (尿中の糖および蛋白の有無の検査)
- ・貧血検査 (赤血球数、色素量など)
- ・肝機能検査 (AST [GOT]、ALT [GPT]、 γ -GTP、ALP)
- ・血中脂質検査 (HDLコレステロール、LDLコレステロール、総コレステロール、中性脂肪)
- ・血糖検査 (血糖、ヘモグロビン A1C)
- ・便潜血検査
- ・心電図検査
- ・腎機能検査 (尿酸・クレアチニン)



協会けんぽ
生活習慣病予防健診

※協会けんぽ(全国健康保険協会)の加入者本人かつ35歳~74歳の方が対象です

通常料金 8,640円/名

会員特別料金 **7,100円(税込)/名**

- ・既往歴および業務歴の調査
- ・自覚症状および他覚症状の有無の調査
- ・身長、体重、体格指数 (BMI)、腹囲、視力および聴力の検査
- ・胸部エックス線検査
- ・血圧の測定
- ・尿検査 (尿中の糖および蛋白の有無の検査)
- ・貧血検査 (赤血球数、色素量)
- ・肝機能検査 (AST [GOT]、ALT [GPT]、 γ -GTP)
- ・血中脂質検査 (HDLコレステロール、LDLコレステロール、中性脂肪)
- ・血糖検査 (血糖またはヘモグロビン A1C)
- ・心電図検査



定期健診

■ お申込みについて

※受診希望日の **3週間前まで** にお申し込み下さい

実施日 平成29年**10月2日**(月)～平成30年**2月28日**(水)の月・火・水・金曜日(祝日除く)
※但し12/26(火)～1/8(月・祝)はお受けできません。予めご了承下さい。

申込方法 下記申込書にご記入の上、切り取らずそのまま岐阜商工会議所宛にFAX送信して下さい。



お問い合わせ先

- 健診内容や日程について **ぎふ総合健診センターまで TEL 058-279-3373**
- 割引・その他全般について **岐阜商工会議所 支援課まで TEL 058-264-2133**

岐阜商工会議所 会員事業所限定 **健康診断申込書**

ご記入日	平成 年 月 日	FAX送信先 058-264-0336	岐阜商工会議所 支援課 宛
事業所名	ご担当者氏名		
所在地	〒 ー		
TEL	FAX		

⚠ 協会けんぽ 生活習慣病予防健診を受診の場合

健康保険被保険者証に記載の内容をご記入下さい

(A) 保険者番号 (8桁)	(B) 記号 (7～8桁)

健診種別 (○をつけて下さい)	健康保険証の番号 (C)	氏名	フリガナ	性別	生年月日
1 協会けんぽ 定期健診				男・女	昭・平 年 月 日
2 協会けんぽ 定期健診				男・女	昭・平 年 月 日
3 協会けんぽ 定期健診				男・女	昭・平 年 月 日
4 協会けんぽ 定期健診				男・女	昭・平 年 月 日
5 協会けんぽ 定期健診				男・女	昭・平 年 月 日
6 協会けんぽ 定期健診				男・女	昭・平 年 月 日
7 協会けんぽ 定期健診				男・女	昭・平 年 月 日
8 協会けんぽ 定期健診				男・女	昭・平 年 月 日
9 協会けんぽ 定期健診				男・女	昭・平 年 月 日
10 協会けんぽ 定期健診				男・女	昭・平 年 月 日
11名以上の場合は 用紙をコピーしてご使用下さい		協会けんぽ 生活習慣病予防健診	定期健診	希望日 (必ず第二希望までご記入下さい) ①平成 年 月 日 () ②平成 年 月 日 () ※ご希望に沿えず日程を調整させていただく場合があります。	
		計 名	計 名		

⚠ 事業所への巡回健診をご希望の場合

以下の条件を満たし健診センターと打ち合わせの上、実施可能と判断された場合、巡回健診をいたします。

- ① 定期健診の受診者数が20名以上もしくは協会けんぽ生活習慣病予防健診の受診者が20名以上であること
- ② 10台以上の駐車場があり、健診車の配車が可能であること
- ③ 社内に健診会場として使用できる部屋があること

巡回健診の希望の有無につき、以下に○をお付け下さい。
巡回健診を、**希望する** ・ **希望しない**