



岐阜商工会議所 会員事業所限定

とっても
お得!

健康診断の実施が
義務付けられています

健康診断のご案内

企業活動を行っていく上で、従業員みなさんが健康であることが非常に大切です。岐阜商工会議所の、会員みなさまには通常料金よりもお安く受診していただけます。働きやすい職場づくりのためにも、この機会に是非ご活用ください。

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



協会けんぽ 生活習慣病予防健診

| | | | |
|-----------|--------|--------------|--------------------------------|
| 税率 8% | 通常料金 | 7,038円(税込)/名 | 上記の金額に対し、岐阜商工会議所が、1,000円補助します。 |
| | 会員特別料金 | 6,038円(税込)/名 | |
| 税率 10% | 通常料金 | 7,169円(税込)/名 | 上記の金額に対し、岐阜商工会議所が、1,000円補助します。 |
| | 会員特別料金 | 6,169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・e-GSR)



※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

定期健診

| | | |
|-----------|--------|--------------|
| 税率 8% | 通常料金 | 8,640円(税込)/名 |
| | 会員特別料金 | 7,100円(税込)/名 |
| 税率 10% | 通常料金 | 8,800円(税込)/名 |
| | 会員特別料金 | 7,250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



お申込みは裏面へ

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 令和元年9月10日(火)～令和2年2月28日(金)の月・火・水・金曜日(祝日除く)
 ※但し12月26日(木)～1月9日(木)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。

岐阜商工会議所へFAX申込み
 ※FAX最終締め切り2月7日(金)

**健診センターより
 申込確認・調整の連絡**

健診実施

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**
 巡回を希望される場合は TEL 058-279-3374
- 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**

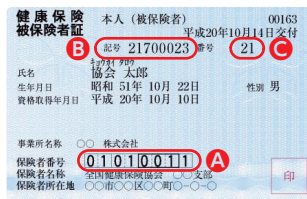


岐阜商工会議所 会員事業所限定 健康診断申込書

| | | | | |
|------|----------|---------|---------------------|---------------|
| ご記入日 | 令和 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 | 〒 - | | | |
| 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令和 年 月 日 () ②令和 年 月 日 () ※ご希望に沿わず日程を調整させて頂く場合があります。 | |
| | | | 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、右記に○をお付け下さい。巡回健診を、

希望する ・ 希望しない