

# 上田商工会議所生命共済還元事業

お知らせ

## 春の健康診断実施について



日頃は、当商工会議所運営につきましては、深いご理解とご支援を賜り誠にありがとうございます。

さて、会員事業所の福祉増進事業の一環として、また、当所生命共済還元事業の1つとして（一財）全日本労働福祉協会長野県支部のご協力により、次のとおり健康診断を実施いたします。経営者には従業員のための定期健康診断の実施が義務づけられています（労働安全衛生法第66条）。この機会に多くの皆様を受診されることをお勧めいたします。

### 実施日

月 日	5月8日(火)	5月9日(水)	5月10日(木)	5月15日(火)	5月16日(水)	5月17日(木)
場 所	上野が丘公民館	塩田公民館	城南公民館	上田商工会議所 5F ホール		

### 受付・健診時間 (全日程共通)

受付時間	午前9:00~10:30	午前10:40~11:30	午後1:15~2:15	午後2:20~3:00
男女別	男 性	女 性	男 性	女 性

### 健診内容

**A「全項目健診（法定健診）」** ①医師による診察（既往歴・業務歴・自・他覚症状の有無の調査）  
②身体計測（身長、体重、BMI、腹囲測定） ③尿検査（蛋白、糖） ④視力検査（スクリノスコープによる5m検査） ⑤聴力検査（オーディオメーターによる1,000Hzと4,000Hzの検査）  
⑥血圧測定 ⑦胸部X線デジタル撮影 ⑧貧血検査（血色素量、赤血球数） ⑨肝機能検査（GOT、GPT、γ-GTP） ⑩血中脂質検査（中性脂肪（TG）、HDL コレステロール、LDL コレステロール）  
⑪血糖検査（血糖値、ヘモグロビンA1c） ⑫心電図検査

上記法定検査以外に含まれる項目：メタボリックシンドローム判定・白血球数（WBC）・ヘマトクリット（Ht）、血小板数（PLT）・生活習慣調査（服薬歴・喫煙等厚労指定22項目）

**B「省略健診（法定健診）」** 35歳を除く40歳未満（全項目健診内容から医師の判断に基づき省略可）①医師による診察（既往歴・業務歴・自・他覚症状の有無の調査） ②身体計測（身長、体重、BMI） ③尿検査（蛋白、糖） ④視力検査（スクリノスコープによる5m検査） ⑤聴力検査（会話法）  
⑥血圧測定 ⑦胸部X線デジタル撮影

**注意：省略健診は医師により省略健診で良いと認められなければ受診できません。**

上記A・Bの健診は、労働安全衛生規則第44条の一般定期健康診断に適用されます。

法律の改正により、平成22年4月1日から「医師の判断により、年齢等により胸部X線検査を省略できる」となりましたが、感染予防の観点から引き続き実施しています。

尚、胸部X線検査を省略される方は、健診当日に受付にてお申し出下さい。（セット料金のため料金控除はできませんのでご了承ください。）

### 健診料金

健診種類	当所生命共済加入者 <sup>(1名)</sup>	当所生命共済未加入者 <sup>(1名)</sup>	通常価格(参考価格)
A「全項目健診（法定健診）」	<b>4,000円</b> (税込)	<b>8,000円</b> (税込)	8,640円(税込)
B「省略健診（法定健診）」	<b>1,000円</b> (税込)	<b>2,500円</b> (税込)	2,700円(税込)

### 申し込み

◆裏面申込書に必要事項を記入の上、**4月6日(金)から4月20日(金)までに**当商工会議所総務課・各支所窓口へお申し込みください。**電話・FAXでのお申し込みはできません。**期限前でも定員（1日：150名）になり次第締切らせていただきます。

◆当日受診されない場合でも、健診料はお返しできませんのでいずれかの健診日に、**必ず受診してください。**

◆当商工会議所会員以外の申込はできません。ご了承ください。

◆お申込時に受診者問診票をお渡しします。ご記入の上、当日ご持参ください。

◆いずれの会場も駐車場に限りがあります。公共交通機関等をご利用下さい。

### お問い合わせ

上田商工会議所 ☎ 0268-22-4500

\*健康診断受診時の個人情報保護に関する事項

・この健康診断結果は、事業主に通知されます。

・本人の同意なしに、この健診結果を第三者に提供及び開示されることはありません。

・健康診断結果は、みなさまの健康管理に役立つ事を目的とし、目的外利用は致しません。

申込書は裏面です

# 春の健康診断申込書

## ◆お申込み事業所情報

事業所名	〒	住所	電話番号	FAX 番号	お申込み 月日	ご希望支払い方法 現金	お振込み お振込み 月日	お振込み 予定日 月日
① 386-	386-	上田市	0268-	0268-	月 / 日		月 / 日	月 / 日

(ご担当者名： ) ※健康診断結果送付先となります。

## ◆受診者情報

No	氏名	氏名フリガナ	性別○印		生年月日(西暦)	健診種別○印		受診希望時間 ○印		当所生命共済 ○印		受診料	保険 ○印		備考
			男	女		全項目 健診	省略 健診	9:00-10:30	10:40-11:30	13:15-14:15	14:20-15:00		加入	未加入	
記入例	上田 太郎	ウエダ タロウ	○		1960	1	1	○			○	4,000		○	
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
合計															円

※省略健診受診者については、医師から省略健診が認められた場合のみ省略健診を受診できます。

## 健康診断お申込み手順・ご注意事項 必ずお読み下さい。

- ◆申込書をご記入の上、商工会議所窓口にてお申込み下さい。
- ◆受診希望日時については、定員に達した場合は希望に添えない場合があります。
- ◆記載した個人情報につきましては、本健康診断以外の目的で使用致しません。

◆申込書は、当所HPからExcel形式で取得できますのでご利用ください。 <http://www.ucci.or.jp/>

お振込先：八十二銀行上田支店 普通 576278  
名 義：上田商工会議所

- ※お申込後、1週間以内にお振込みをお願いします。
- ※お客様屋号又は法人名でお振込み願います。
- ※お振込手数料は、お客様負担となります。

※会議所整理欄

	月 日
--	-----