

# 生活習慣病予防健診のご案内

(主催) 塩釜商工会議所 (実施機関) 一般財団法人 杜の都産業保健会

本年度も、会員の皆様の「福利厚生充実」と「健康維持増進」を図る目的で、生活習慣病予防健診を実施いたします。ぜひ、この機会に受診されますよう、ご案内申し上げます。

## 《 申 込 要 領 》

▽健診日時 : 2021年 6月 28日(月)・29日(火)・30日(水)

▽受付時間 : 午前8時30分 ~ 午前11時00分

▽健診会場 : 塩釜商工会議所

▽定 員 : 150名(1日あたり50名。定員になり次第、締め切ります。)

▽検査項目 : 裏面をご参照下さい。

▽健診料金 : 下記のとおり(当所マリン共済加入者に対し、3,000円の補助があります。)



コ ー ス	対 象 者 の 内 容	健診料金(税込)
A	全国健康保険協会の被保険者の方で、2021年度において35歳以上の方	7,300円
B	上記以外の方	13,600円

※市町村管轄の国民健康保険は、Bコースに該当します。

※健診料金は、「健診診断結果票」到着後に請求させていただきます。

▽申込方法 : 裏面の「健診申込書」にご記入の上、FAX(022-367-5115)又は会議所事務局へ直接お申込み下さい。

(注) 健診コースAに該当する方

3月下旬から4月上旬に、全国健康保険協会加入事業所へ「健康保険生活習慣病予防健診対象者一覧」が送付されますので、ご確認のうえ塩釜商工会議所へご提出下さい。

▽申込締切 : 2021年5月7日(金)

▽備 考 : ① マリン共済加入者割引料金の取扱は、申込時に効力発生していることを条件とします。  
② 健診結果(個人票)は、約1ヵ月後に(一財)杜の都産業保健会より各事業所へ送付します。

## ～～～ 重要なご連絡とお願い ～～～

▼当所では、新型コロナウイルス感染拡大予防として、会場の換気・消毒液の設置等、対策をとります。

▼密集を避けるため、当所で受診時間を指定させていただきます(人数制限の都合上、ご希望に沿えない場合もあります)。

▼申込締切日以降に、受診の日時についてお知らせするハガキを送りますので、内容をご確認のうえ、指定された日時に受診くださいますよう、ご理解とご協力をお願いいたします。

▼各自マスクを着用のうえ受診ください。

▼受診日当日、来場する前に各自検温を行い、体温が37.5度以上ある方は受診をご遠慮ください。

▼受診日からさかのぼって1ヵ月以内に、海外への渡航歴がある、または渡航歴のある方と接触がある方は、受診をご遠慮ください。

▼新型コロナウイルス感染拡大予防対策の関係上、健診の所要時間(受付から健診終了まで)は、長めに見積もってください。

お問い合わせ : 塩釜商工会議所 相談課 担当 おいで 生出 (〒985-0016 塩釜市港町1-6-20 / TEL 022-367-5111)

## ◆ 検査の項目 ◆

検査項目	内 容
医 師 診 察	問診・聴打診
身 体 測 定	身長・体重・腹囲・視力・聴力(1000HZ・4000HZ)
尿 検 査	尿(糖・蛋白・潜血)
血 圧 検 査	高血圧・低血圧
安 静 時 心 電 図 検 査	心疾患関係(心筋梗塞・狭心症等の心臓病・不整脈・心臓肥大・心不全)
糖 尿 病 検 査	空腹時血糖
胸 部 X 線 検 査	心臓病・肺がん・肺結核・呼吸器疾患
免 疫 便 潜 血 検 査	大腸がん検査(2回法)
肝 胆 膵 血 液 検 査	GOT・GPT・ALP・γ-GTP
脂 質 検 査	総コレステロール・中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール
腎 血 液 検 査	尿酸・クレアチニン
血 液 一 般 検 査	赤血球・白血球・Ht・Hb
胃 部 X 線 検 査	胃及び十二指腸等のがん・潰瘍等の検査

※当日は保健指導、栄養指導を実施しておりますので、お気軽にご相談ください。

塩釜商工会議所 行 (FAX : 022-367-5115)

2021年 月 日

### 生活習慣病予防健診申込

事業所名						
所在地	〒					
電話番号	( )			担当者名		
受診者氏名(ふりがな)	性別	生年月日	満年齢	健診コース	受診希望日	マリン共済加入
	男・女	・ ・	歳	A・B	28日・29日・30日	有・無
	男・女	・ ・	歳	A・B	28日・29日・30日	有・無
	男・女	・ ・	歳	A・B	28日・29日・30日	有・無
	男・女	・ ・	歳	A・B	28日・29日・30日	有・無
	男・女	・ ・	歳	A・B	28日・29日・30日	有・無
健診コース・受診希望日及びマリン共済加入欄は、該当する項目に○印を付けて下さい。						

※受診者が書ききれない場合は、本申込書をコピーして下さい。

※今回の健診は、密集を避けるため、**受診時間を当所で指定**します(後日、受診日時のお知らせを送ります)。

会 議 所 記 入 欄	会員番号	共済加入者番号	受付年月日	備 考
			・ ・	