

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 : 2026年 6月 17日(水)・18日(木)・19日(金)
- ▽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。)
- ▽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	協会けんぽ管掌健康保険加入者で、2026年度(2026年4月~2027年3月)において35歳以上、75歳未満の被保険者の方	6,200円
B	上記以外の方で、実費で希望の方	22,000円
C	協会けんぽ管掌健康保険加入者で、2026年度(2026年4月~2027年3月)において20歳、25歳、30歳の被保険者の方 <新設>	3,000円

※ 協会けんぽが定める自己負担上限額の改定等に伴い、ご負担いただく健診料金の見直しを行っております。

※ 市町村管轄の国民健康保険加入者は、Bコースに該当します。

※ 健診料金は、「健康診断結果票」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」にご記入の上、会議所事務局へお申込み下さい。
FAX(022-367-5115)、メール(info@siog-cci.or.jp)

※ AコースとCコースに該当する方

3月中旬以降に全国健康保険協会から「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、内容をご確認のうえ健診申込と一緒に塩釜商工会議所へご提出ください。

- ▽申込締切 : 2026年5月8日(金)

- ▽問診 : 「Web 問診」にて回答・提出

6月上旬に(一財)杜の都産業保健会より送付される「健康診断受診票」のQRコードを読み込み、受診の前日までに問診回答・提出の操作を行ってください。

- ▽備考 : ① マリン共済加入者割引料金の取扱は、健診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。

~~~~ ご連絡 と お 願 い ~~~~

- ▼混雑緩和のため、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お送りしますので、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。
- ▼健診の所要時間(受付から健診終了まで)は、長めにお見積りください。

お問合せ : 塩釜商工会議所 相談課 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) ※Aコース、Bコースのみ
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 ※Aコース、Bコースのみ

塩釜商工会議所 行

(FAX : 022-367-5115 / メール : info@siog-cci.or.jp)

生活習慣病予防健診申込 2026年 月 日

事業所名						
所在地	〒 -					
電話番号	()			担当者名		
ふりがな 受診者氏名	性別	生年月日	年齢	健診コース	受診希望日	マリン共済 加入
.....	男・女	. .	歳	A・B・C	17日・18日・19日	有・無
.....	男・女	. .	歳	A・B・C	17日・18日・19日	有・無
.....	男・女	. .	歳	A・B・C	17日・18日・19日	有・無
.....	男・女	. .	歳	A・B・C	17日・18日・19日	有・無
.....	男・女	. .	歳	A・B・C	17日・18日・19日	有・無
.....	男・女	. .	歳	A・B・C	17日・18日・19日	有・無
健診コース・受診希望日およびマリン共済加入欄は、該当する項目に○印を付けてください。						

※受診者が書ききれない場合は、本申込書をコピーしてご使用下さい。

※健診会場の混雑緩和ため、**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	受付年月日	受付番号
		. .	