

検査項目

◆基本検診項目

項 目	検 査 内 容
呼吸器検査	胸部X線(デジタル撮影)
循環器検査	血圧・心電図(3要素12誘導) 眼底カメラ(片眼)
脂 質 検 査	LDLコレステロール、中性脂肪、HDLコレステロール
貧 血 検 査	全血比重、赤血球数、白血球数 血色素量、ヘマトクリット値
肝機能検査	GOT、γ-GTP、GPT HBS抗原抗体(B型肝炎)、AL-P、LDH、T-BIL
腎機能検査	尿中蛋白、尿素窒素、尿潜血、尿酸、クレアチニン
糖尿病検査	尿中糖、血糖(空腹時)、HbA1c
医 師 面 接	医師による問視診
そ の 他	身長、体重(肥そう度)、視力、聴力、腹囲測定

◆オプション検査項目

項 目	検 査 内 容
胃部(消化器検査)	胃部X線撮影(8枚法)
大腸(消化器検査)	大腸検査(便潜血反応検査)
PSA (前立腺がん検査)	血液検査、(PSA)〈男性のみ〉
CA125 (卵巣・子宮がん検査)	血液検査(CA125)〈女性のみ〉
乳がん検査	マンモグラフィー検査(2方向)
子宮がん検査	細胞診

※じん肺検査をご希望の方は(一財)神奈川県労働衛生福祉協会へ直接ご相談下さい。
(TEL 046-262-8155)

秦野商工会議所共済制度ご加入者 健診料金補助制度のご案内

【共済加入者の健診料金補助制度について】

神奈川県福祉共済協同組合の共済制度(傷害補償・福利厚生共済等)にご加入の方は、後日2,000円の補助が受けられます。

対象の事業所様におかれましては、受診後に「神奈川県福祉共済協同組合」へお電話の上ご請求ください。

健診料金補助制度:2,000円

(加入者1名につき・年1回)

◆健診料金補助制度についてのお問合せ先・ご請求先
(平日9:00~16:00)

神奈川県福祉共済協同組合 ☎045-228-0774

令和5年度

●● 秦野商工会議所 ●●

生活習慣病検診のご案内

秦野商工会議所では、事業所内の健康管理にお役立ていただけるように秦野市及び(一財)神奈川県労働衛生福祉協会と提携し会員事業所の事業主、従業員及びそのご家族を対象に、生活習慣病検診を毎年行っています。

この検診は、労働安全衛生規則に基づく定期健康診断にも対応した検診項目となっており、職場の健康管理にもご利用いただけます。

検診日

検診日	男女指定	受付時間
11月1日(水)	男性専用日	8時30分~11時30分まで
11月2日(木)	女性専用日	8時30分~11時30分まで
11月16日(木)	男性専用日	8時30分~11時30分まで
11月17日(金)	共通日【男性】	8時30分~10時00分まで
	共通日【女性】	10時30分~11時30分まで
11月27日(月)	共通日【男性】	8時30分~10時00分まで
	共通日【女性】	10時30分~11時30分まで

◆申し込み：令和5年9月29日(金)(必着)までにお申し込み下さい。

※申し込み状況により、検診日はご希望に添えない場合があります。

なお、総受診者数を500名様までとさせていただきます。(定員になり次第〆切ります)

検診会場

秦野商工会議所 1階 多目的ホール 秦野市平沢2550-1

申し込み・問い合わせ先

▶ **秦野商工会議所 会員サービス課** 秦野市平沢2550-1

TEL 0463-81-1355 FAX 0463-82-0273

検診機関

▶ **〈一財〉神奈川県労働衛生福祉協会** 大和市大和東3-10-18

TEL 046-262-8155 FAX 046-262-9511

検診料金 ※お支払いについてはなるべく検診当日にお願い申し上げます。(後日振込可) ※金額は税込価格になります。
※インボイス対応領収証が必要な場合はご担当者名・メールアドレス欄を必ずご記入ください。

基本検診料(10,300円)+オプション(下記参照)

◆胃部、大腸検診の負担金は、次のとおりです。

なお、40歳以上の秦野市民の方は、**秦野市がん検診**の対象になります。市民税非課税世帯の方は、検診前に秦野市健康づくり課(TEL.0463-82-9603)にお問い合わせください。

	秦野市民(40歳以上) (年齢はR6.3.31現在)		秦野市民以外又は 39歳以下の秦野市民	
	胃部検診	大腸検診	胃部検診	大腸検診
40歳から69歳	1,000円	500円	5,000円	1,500円
70歳以上、市民税非課税世帯	費用免除(無料)			

◆前立腺がん検査(PSA)〈男性のみ〉 2,500円

◆卵巣・子宮がん検査(CA125)〈女性のみ〉 2,500円

◆乳がん検査(マンモグラフィー検査)〈女性のみ・定員50名〉 6,000円

◆子宮がん検査(細胞診)〈女性のみ・定員70名〉 4,900円

※**乳がん検査・子宮がん検査**は女性専用日11月2日(木)のみとなります。ご了承ください。

※定員になり次第〆切ります。

生活習慣病検診 申し込みから検査結果のお受取りまで

【検診申込書の提出】

9月29日(金)までにメール、FAX、郵送(必着)にて秦野商工会議所へ申し込みいただきます。
※メールでの申込にご協力をお願いします。秦野商工会議所ホームページより、**申込用のエクセルファイル**をダウンロードし、ご入力後メールに添付して送付ください。2、3日中に返信がない場合はご連絡ください。FAX申込は、「受診確認FAX」をお送りします。
※**秦野市がん検診**お申し込みの方は、秦野市にて対象の確認をさせていただきます。

【受診票の送付】

10月24(火)頃(事務処理の都合上、若干前後する事があります)検診機関(一財)神奈川県労働衛生福祉協会より受診票、問診票を申込事業所様宛に送付。受診者にお渡しいただき、内容を確認いただきます。

【検診】

受診票に記載された日時並びに注意事項をご確認の上、受診いただきます。
※検診料につきましては、当日、受診受付の際、現金でお支払い願います。事業所での一括払い、後日振込については予め商工会議所にご連絡願います。(TEL.0463-81-1355)
※問診票を必ずご持参ください。

【検診結果送付】

12月18日(月)頃、申込事業所のご担当者宛に「検診結果」をお送りいたします。(事務処理の都合上、若干前後する事があります)
胃部、大腸検診で精密検査が必要となった方は、秦野市から連絡させていただきます。

次のいずれかの方法(FAXまたはメール)でお申込みください。 申し込み期限：令和5年9月29日(金)

1. FAX 0463-82-0273 (秦野商工会議所行)

2. メール checkup@hadano-cci.or.jp ※エクセルの申込書に入力し、添付してください

申込書ダウンロード先 <https://www.hadano-cci.or.jp/> (秦野商工会議所ホームページ)

生活習慣病検診申込書兼秦野市がん検診登録用紙

事業所名 (領収書宛名)						記入日：令和5年 月 日				
所在地	〒 秦野市 TEL： () FAX： ()					第一希望(上) 第二希望(下)				
フリガナ	メールアドレス									
ご担当者	@									
※インボイス対応領収書が必要な場合は必ずご記入ください										
受診者氏名	生年月日	オプション								
		胃部	大腸	PSA(男性) CA125(女性)	乳がん (2日のみ)	子宮がん (2日のみ)				
フリガナ	男・女 大正昭和 平成	年 月 日	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	日 日
自宅住所	秦野市					TEL				
フリガナ	男・女 大正昭和 平成	年 月 日	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	日 日
自宅住所	秦野市					TEL				
フリガナ	男・女 大正昭和 平成	年 月 日	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	日 日
自宅住所	秦野市					TEL				
フリガナ	男・女 大正昭和 平成	年 月 日	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	日 日
自宅住所	秦野市					TEL				
フリガナ	男・女 大正昭和 平成	年 月 日	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	日 日
自宅住所	秦野市					TEL				

【注意事項】

※胃部・大腸・PSA(男性のみ)・CA125(女性のみ)・乳がん・子宮がん検査の希望については、受診の有無を申込書の有・無の欄に必ず〇印をご記入下さい。〇印が未記入の場合は、無とさせていただきます。

※**秦野市がん検診(胃部、大腸検診)**を申し込まれる方は**住所・電話番号を必ずご記入ください**。ご記入のない方は対象になりません。

※秦野市以外にお住まいの方は、住所記入は不要ですが「市外」と記入して下さい。

※「受診者氏名」欄が不足する場合は、お手数ですがコピーしてご利用下さい。

※受診日当日に倦怠感や発熱、咳、風邪症状等のある方は、検診の受診をご遠慮ください。

【個人情報の取扱いについて】

今回、受診されます健康診断に関する医療情報等全ての情報に関しましては第三者への漏洩なきよう厳重に管理致しますが、労働安全衛生法上ご本人様以外に健康診断実施機関と事業所の健康管理担当者は、この情報を共有させて頂いております。さらに、秦野市がん検診を受診された方ががん検診に関する医療情報等全ての情報は秦野市に報告させていただきます。何卒ご了承ください。