

令和7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、事業所の健康管理を目的に秦野市及び(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
10月30日(木)	男性専用日	8時30分～11時30分まで
10月31日(金)	男性専用日	8時30分～11時30分まで
11月10日(月)	女性専用日	8時30分～11時30分まで
11月11日(火)	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26日(水)	共通日【女性】	8時30分～10時00分まで
	共通日【男性】	10時30分～11時30分まで

◆申し込み：令和7年9月19日(金)までにお申し込みください。

※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。(定員になり次第締め切ります)

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。 ※金額は税込価格になります。

基本検診料(10,300円) + オプション(下記参照)

◆オプションの検診費用は以下の通りです。

なお、秦野市民で対象の年齢の方は、**秦野市がん検診**の対象になります。(年齢はR8.3.31時点)

がん検診の種類	一般	秦野市民(40歳以上)
胃がん(X線撮影)	5,000円	1,000円
大腸がん(便潜血)	1,500円	500円
乳がん(女性) (マンモグラフィ検査)	定員85名(11/10:65名・11/26:20名)	
	6,000円	
		注1 ※2年に1回は 1,500円となります。

※乳がん検診は10日8:30~11:30、26日8:30~10:00となります。

	一般	秦野市民(20歳以上)
子宮頸がん(女性) (細胞検査)	定員70名(11/10のみ)	
	4,900円	
		注1 ※2年に1回は 800円となります。

※子宮頸がん検診は10日のみとなります。

腫瘍マーカー(前立腺)(男性)(PSA)	2,500円
腫瘍マーカー(卵巣等)(女性)(CA125)	2,500円
HBS抗原抗体(B型肝炎)	1,500円

秦野市がん検診
秦野市民(70歳以上)又は
市民税非課税世帯※
費用免除(無料)

注1
秦野市がん検診の乳がん
検診・子宮頸がん検診
は、2年に1回対象となり
ます。

対象確認に時間を要するた
め、費用の確定は検診日当
日になる可能性があります。
予めご了承ください。

※市民税非課税世帯の方、
費用を早めに知りたい方は
検診前に秦野市健康づくり
課(☎0463-82-9603)にお
問合せください。

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19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、「受信確認FAX」をお送りします。
※秦野市がん検診をお申し込みの方は、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16日(木)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申込期限までに秦野商工会議所にご連絡願います。(☎0463-81-1355)
※問診票を必ずご持参ください。

検診結果送付

健康診断ご受診より約1ヶ月後に、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)
秦野市がん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(メールまたはFAX)でお申込みください。

申し込み期限：令和7年9月19日(金)

1. 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)
2. F A X 0463-82-0273 (秦野商工会議所行)

生活習慣病検診申込書兼秦野市がん検診登録用紙

記入日：令和7年 月 日

事業所名 (領収書宛名)	ご担当者											
所在地	〒 ー 秦野市										受診希望日	
	TEL: () FAX: ()										第一希望	第二希望
受診者氏名	生年月日	オプション								第一希望	第二希望	
		胃部	大腸	PSA(男性) CA125(女性)	乳がん (10日・26日)	子宮頸がん (10日のみ)	B型肝炎					
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・子宮頸がん検査・肝機能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○印をご記入ください。○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(胃がん、大腸がん、乳がん、子宮頸がん)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」と記入してください。
- ※「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ください。
- ※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頂いております。何卒ご了承願います。

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
	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)
乳がん検査	マンモグラフィ検査(2方向)
子宮頸がん検査	細胞診
PSA腫瘍マーカー(前立腺)	血液検査(PSA)〈男性のみ〉
CA125腫瘍マーカー(卵巣等)	血液検査(CA125)〈女性のみ〉
肝機能検査	HBS抗原抗体(B型肝炎)

※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ください。
(☎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9:00~17:00)

神奈川県福祉共済協同組合 ☎045-228-0774