

健康診断のご案内

函南町商工会では会員の皆様の健康診断を下記のとおり実施いたします。この機会に是非受診をご検討ください。

申込期間 10月8日(木)～10月30日(金)※申込開始前は受付できません

(先着 150 名。申込者数が 150 名に達した場合は、申込期間内であっても受付を終了します。)

日時 令和 8 年 12 月から令和 9 年 2 月まで 30 日間(裏面申込書に記載)

各日とも午前 8 時 30 分より

場所 東部メディカル健康管理センター(函南町仁田 777-4 ・TEL979-2657)

対象者 会員事業所の事業主・家族・従業員

(先着 150 名、1 事業所 15 名までとさせていただきます)

検査料金(1 人料金)

福祉共済・貯蓄共済加入で受診者 1 名につき最大 8,000 円補助!

福祉共済(2000 円コース以上、がん、生命の保障)は 1 口で 4,000 円、貯蓄共済は 3 口以上 3 口単位で 4,000 円補助します。 ※詳細はお問い合わせください。



受診検査区分	会員事業所 特別料金 (検査料金の一部を商工会が補助しています)	どちらかの共済に加入	両方の共済に加入
商工会健診	15,400 円(税込)	11,400 円(税込)	7,400 円(税込)
協会けんぽ健診 (35 歳以上被保険者対象)	1,265 円(税込)	自己負担なし	自己負担なし
<検査料金+21,065 円で人間ドックが受診できます>			
人間ドック(国保)	36,465 円(税込) (15,400 円+21,065 円)	32,465 円(税込) (11,400 円+21,065 円)	28,465 円(税込) (7,400 円+21,065 円)
人間ドック(協会けんぽ)	22,330 円(税込) (1,265 円+21,065 円)	21,065 円(税込) (0 円+21,065 円)	21,065 円(税込) (0 円+21,065 円)



胃部検査(バリウム)や便検査など、検査項目の一部を受診されない場合は、商工会の補助対象外となります。

また、健診当日にバリウム検査をキャンセルされた場合も補助対象外となります。

補助対象外となる場合は、商工会を通さず、東部メディカル健康管理センターへ直接お申し込みください。

※協会けんぽ(被扶養者)は上記金額と異なります。

申込方法 裏面申込書をご記入の上、商工会までお申し込みください。

※受診日の調整がある為、お電話にて受診日確定後FAX又は持参。

支払方法 東部メディカル健康管理センターへ現金またはお振込み(後日請求書を送付)にてお支払いください。(お支払いは事業所ごとにまとめてお願いいたします。)

問合せ: ☎978-3995 FAX978-8097 担当職員 佐藤・水野・古郡

検査項目の内容

診察

計測—身長、体重、視力、聴力、腹囲

呼吸器—胸部X線直接撮影

循環器—血圧、心電図

血中脂質—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

腎機能—尿検査(蛋白、潜血)、クレアチン

肝機能—GOT・GPT・γ-GTP・ALP

糖尿病—尿糖、空腹時血糖

痛風—尿酸

貧血—赤血球数・白血球数・ヘマトクリット値・血色素量

消化器—胃部X線直接撮影・便潜血検査

メタボ検診項目の判定

※人間ドック検査項目は上記項目に加え、尿・血液検査の検査項目が多く、肺機能検査・超音波検査・医師のカウンセリングがあり、昼食が出ます。午後1時頃には全検査終了します。

※女性検診等の追加検査(別途料金)も受診出来ますので、お問い合わせ下さい。

※≪12 月受診希望される方限定≫健診同日にインフルエンザ予防接種(完全予約制・接種料 1 回 3,400 円)も出来ます。

令和 8 年度健康診断申込書

事業所名			F A X		
住 所			担当者名		
T E L			申 込 日	令和 8 年 月 日	
支払方法 どちらかに○をつけてください。 事業所ごとにまとめて お願いいたします。	現金	事業所内で最初に受診される方が、東部メディカル健康管理センターへお支払いください。 なお、お支払いされる方の氏名および支払日(受診日)をご記入ください。 氏名_____・____月____日			
	お振込み	東部メディカル健康管理センターより、後日、結果報告書に請求書を同封して送付いたします。			

※ フリガナは必ずご記入下さい。

No.	フリガナ	男・女	生 年 月 日	健康保険種別 (函南町以外の国保加入の方は「その他」)	被扶養者	受診検査区分 (協会けんぽ 34 歳以下、被扶養者の方は「商工会健診」)	受診希望日 (下記設定日参照)
	受 診 者 名						
1		男	昭和・平成	町国民健康保険	☐	商 工 会 健 診 協会けんぽ健診 人 間 ド ッ ク	月 日
		女	年 月 日	協 会 け ん ぽ そ の 他			
2		男	昭和・平成	町国民健康保険	☐	商 工 会 健 診 協会けんぽ健診 人 間 ド ッ ク	月 日
		女	年 月 日	協 会 け ん ぽ そ の 他			
3		男	昭和・平成	町国民健康保険	☐	商 工 会 健 診 協会けんぽ健診 人 間 ド ッ ク	月 日
		女	年 月 日	協 会 け ん ぽ そ の 他			
4		男	昭和・平成	町国民健康保険	☐	商 工 会 健 診 協会けんぽ健診 人 間 ド ッ ク	月 日
		女	年 月 日	協 会 け ん ぽ そ の 他			
5		男	昭和・平成	町国民健康保険	☐	商 工 会 健 診 協会けんぽ健診 人 間 ド ッ ク	月 日
		女	年 月 日	協 会 け ん ぽ そ の 他			
備考欄:追加検査ご希望の方は、以下に受診者名と検査項目をご記入ください。また、協会けんぽ 節目健診(対象者:40 歳、45 歳、50 歳、55 歳、60 歳、65 歳、70 歳の方)、若年健診(対象者:20 歳、25 歳、30 歳)ご希望の方もご記入ください。							

※受診 10 日前に検査容器キット一式送付致します。万が一届いていなければ商工会までお問い合わせ下さい。

受診設定日 ※各日定員 5 名です。

令和 8 年 12 月			
月	木	金	土
	3	4	5
7	10	11	12
14	17	18	19
21			

令和 9 年 1 月			
月	木	金	土
	14	15	16
18	21	22	23
25	28	29	30

令和 9 年 2 月			
月	木	金	土
1	4	5	6
8		12	13

受診料確認欄	
福共	☐
貯共	☐
金額	円
人間ドック	円
総計	円

申込後商工会で処理します。
金額記入後、FAX いたしますのでご確認ください。