

平成 31 年 4 月

会員各位

石狩商工会議所

会 頭 三津橋 昌 博

## 健康維持増進支援事業のご案内

石狩商工会議所では、会員事業所の福祉対策の充実が図られるよう、従業員等の健康診断受診に対して支援措置を講じておりますので、当事業をご活用いただきますようご案内いたします。

### 記

#### 支援内容

対 象 者：石狩商工会議所の会員事業所で、経営者・役員・従業員（家族従業員を含む）のうち、石狩市内の事業所に就労する方で、当会議所の指定する健康診断の受診者

（石狩市以外の事業所にて就労する方は対象外となります）

助 成 額：受診者一人当たり 5 0 0 円（受診者一人に対し 1 度のみの助成）

診断種別：基本メニューのとおり（別紙）

事業期間：平成 3 1 年 4 月 1 日から平成 3 2 年 3 月 3 1 日まで

※受診料について

本年 1 0 月より消費税（10%）の改定に伴い料金に変更になります。  
別紙の健康診断基本メニューをご確認ください。

#### 申込方法

裏面の事業フロー図に従い、「健康診断受診申込書」を、必ず事前に石狩商工会議所へご提出ください（FAX 可）※日数に余裕をもってお申込みください。

のちほど、病院の担当者より連絡がありますので、日程等詳細について打合せをお願いいたします。なお、予約状況によっては希望日での受診ができない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

また申込書につきましては当商工会議所HPにてエクセル・ワード形式のものをアップロードしておりますので、ご活用ください。

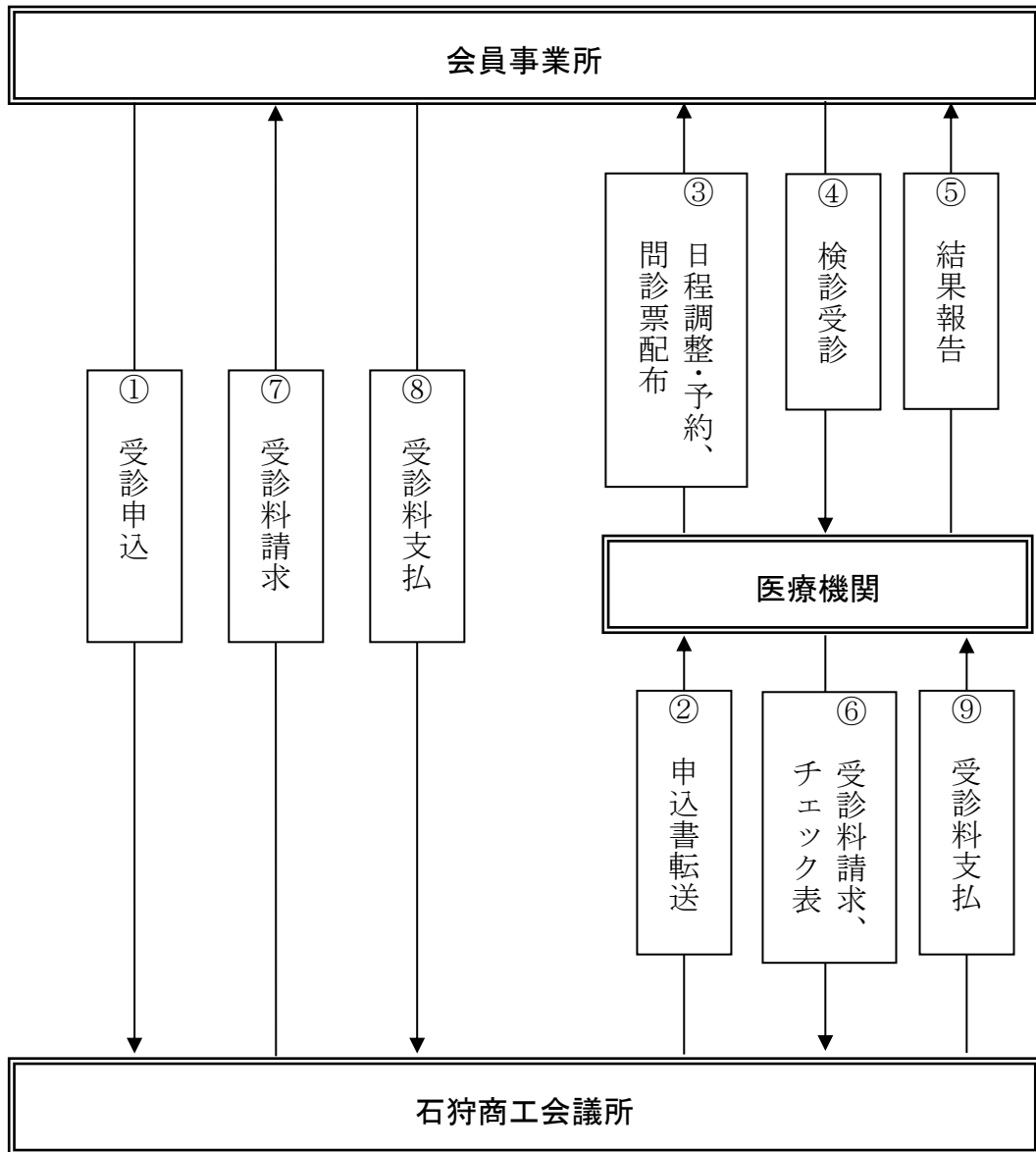
#### 受診料のお支払い

お申込を頂いた後、石狩商工会議所より請求書を送付させていただきますので、期日までにお支払いください。

（ 担当：経営支援課 地域支援係  
電話：7 2 - 2 1 1 1  
FAX：7 2 - 2 5 7 7 ）

石狩商工会議所HPアドレス：<https://www.ishikari-cci.or.jp/>

# 健康維持増進支援事業のフロー図



## (別紙)

## 健康診断基本メニュー

健康診断 種 別	検 診 項 目	検診料金 (税込) 現 行	検診料金 (税込) 10月～予定
		消費税8%	消費税10%
法定検診 A	①身体計測(身長・体重・BMI)、 ②尿検査(蛋白・糖・ウロビリノーゲン)、 ③診察、④血圧測定、⑤視力検査、 ⑥聴力検査(他の方法)、⑦胸部X線	2,380円	2,420円
法定検診 B	①身体計測(身長・体重・BMI・腹囲)、 ②尿検査(蛋白・糖・ウロビリノーゲン)、 ③診察、④血圧測定、⑤視力検査、 ⑥聴力検査(オーディオメーター)、 ⑦貧血(赤血球数・ヘモグロビン・ヘマトクリット)、 ⑧炎症(白血球数)、 ⑨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)、 ⑩肝機能(GOT・GPT・γ-GTP)、 ⑪糖代謝(血糖・ヘモグロビンA1c)、 ⑫心電図検査(12誘導)、⑬胸部X線	7,020円	7,150円
雇入時検診 C	①身体計測(身長・体重・BMI・腹囲)、 ②尿検査(蛋白・糖・ウロビリノーゲン)、 ③診察、④血圧測定、⑤視力検査、 ⑥聴力検査(オーディオメーター)、 ⑦貧血(赤血球数・ヘモグロビン・ヘマトクリット)、 ⑧炎症(白血球数)、 ⑨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)、 ⑩肝機能(GOT・GPT・γ-GTP)、 ⑪糖代謝(血糖・ヘモグロビンA1c)、 ⑫心電図検査(12誘導)、⑬胸部X線	7,020円	7,150円
生活習慣病 予 防 検 診	①身体計測(身長・体重・BMI・腹囲)、 ②尿検査(蛋白・糖・ウロビリノーゲン)、 ③診察、④血圧測定、⑤視力検査、 ⑥聴力検査(オーディオメーター)、 ⑦貧血(赤血球数・ヘモグロビン・ヘマトクリット)、 ⑧炎症(白血球数・CRP)、 ⑨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)、 ⑩肝機能(総蛋白・A/G比・ALP・ GOT・GPT・LDH・γ-GTP・ 総ビリルビン・コリンエステラーゼ)、 ⑪糖代謝(血糖・ヘモグロビンA1c)、 ⑫便中ヒトヘモグロビン、 ⑬心電図検査(12誘導)、⑭胸部X線、⑮胃部X線(※)、 ⑯痛風(尿酸)、⑰腎機能検査(クレアチニン)	12,420円	12,650円
食 品 営 業 取 扱 者 検 査	赤痢、サルモネラ	1,400円	1,430円
脳ドックA	①問診、②MRI検査(頭部MRI)、 ③MRA(頭部MRA)	10,260円	10,450円

※ 茨戸病院はバリウムまたはカメラ、石狩病院はバリウム・カメラ・ペプシノーゲンの  
いずれかを選択。みき内科クリニックはバリウムのみ。

## 実施医療機関名及び検診の種類

医療機関名	住所等	検診の種類					
		法定A	法定B	雇入C	生活習慣病	食品営業	脳ドック
茨戸病院	花川東 128-14 TEL 74-3011 FAX 74-3013	○	○	○	○	○	×
石狩病院	花川北 3-3-13 TEL 74-7575 FAX 74-8614	○	○	○	○	○	×
はまなす医院	花畔 4-1-141-1 TEL 64-6622 FAX 64-6555	○	○	○	○	×	×
みき内科クリニック	花川南 7-3-42-1 TEL 75-2525 FAX 75-2526	○	○	○	○	○	×
石狩幸慥会病院	花川北 7-2-22 TEL 71-2855 FAX 71-2755	○	○	○	×	×	○

## 石狩商工会議所 健康維持増進支援事業 健康診断受診申込書

下記のとおり、石狩商工会議所が実施する健康維持増進支援事業に基づく健康診断について、当社の経営者、役員、従業員(家族従業員を含む)のうち、石狩市内の事業所に就労する者の健康診断受診を申込みます。

年 月 日

希望医療機関： \_\_\_\_\_

住 所	〒
事業所名	
代 表 者	
電話番号	
担当者名	

No.	フリガナ 氏 名		性別	受診希望日	健康診断メニュー							病院記入欄 (実施日)		
	月 日	性 別			法定 A	法定 B	雇 入 C	習 慣 病	生 活	取 扱 者	食 品	脳ドック	月 日	実 施 済
1	昭・平	年 月 日生(才)	男女	月 日 または 上・中・下旬	法定 A	法定 B	雇 入 C	習 慣 病	生 活	取 扱 者	食 品	脳ドック	月 日	□ 実 施 済 □ 予 定
	昭・平	年 月 日生(才)	男女	月 日 または 上・中・下旬										
2	昭・平	年 月 日生(才)	男女	月 日 または 上・中・下旬	法定 A	法定 B	雇 入 C	習 慣 病	生 活	取 扱 者	食 品	脳ドック	月 日	□ 実 施 済 □ 予 定
	昭・平	年 月 日生(才)	男女	月 日 または 上・中・下旬										
3	昭・平	年 月 日生(才)	男女	月 日 または 上・中・下旬	法定 A	法定 B	雇 入 C	習 慣 病	生 活	取 扱 者	食 品	脳ドック	月 日	□ 実 施 済 □ 予 定
	昭・平	年 月 日生(才)	男女	月 日 または 上・中・下旬										
4	昭・平	年 月 日生(才)	男女	月 日 または 上・中・下旬	法定 A	法定 B	雇 入 C	習 慣 病	生 活	取 扱 者	食 品	脳ドック	月 日	□ 実 施 済 □ 予 定
	昭・平	年 月 日生(才)	男女	月 日 または 上・中・下旬										
5	昭・平	年 月 日生(才)	男女	月 日 または 上・中・下旬	法定 A	法定 B	雇 入 C	習 慣 病	生 活	取 扱 者	食 品	脳ドック	月 日	□ 実 施 済 □ 予 定
	昭・平	年 月 日生(才)	男女	月 日 または 上・中・下旬										
6	昭・平	年 月 日生(才)	男女	月 日 または 上・中・下旬	法定 A	法定 B	雇 入 C	習 慣 病	生 活	取 扱 者	食 品	脳ドック	月 日	□ 実 施 済 □ 予 定
	昭・平	年 月 日生(才)	男女	月 日 または 上・中・下旬										
7	昭・平	年 月 日生(才)	男女	月 日 または 上・中・下旬	法定 A	法定 B	雇 入 C	習 慣 病	生 活	取 扱 者	食 品	脳ドック	月 日	□ 実 施 済 □ 予 定
	昭・平	年 月 日生(才)	男女	月 日 または 上・中・下旬										
8	昭・平	年 月 日生(才)	男女	月 日 または 上・中・下旬	法定 A	法定 B	雇 入 C	習 慣 病	生 活	取 扱 者	食 品	脳ドック	月 日	□ 実 施 済 □ 予 定
	昭・平	年 月 日生(才)	男女	月 日 または 上・中・下旬										
9	昭・平	年 月 日生(才)	男女	月 日 または 上・中・下旬	法定 A	法定 B	雇 入 C	習 慣 病	生 活	取 扱 者	食 品	脳ドック	月 日	□ 実 施 済 □ 予 定
	昭・平	年 月 日生(才)	男女	月 日 または 上・中・下旬										
10	昭・平	年 月 日生(才)	男女	月 日 または 上・中・下旬	法定 A	法定 B	雇 入 C	習 慣 病	生 活	取 扱 者	食 品	脳ドック	月 日	□ 実 施 済 □ 予 定
	昭・平	年 月 日生(才)	男女	月 日 または 上・中・下旬										

<記入上の注意> 健康診断メニュー欄は、希望する検診の欄に○印を、受診希望日は、受診したい日または上・中・下旬に○印を記入して下さい。  
 予約状況により、ご希望の月又は医療機関で受診できない事がありますのでご了承下さい。  
 本書に記載の氏名・生年月日等は、健康維持増進支援事業以外には使用いたしません。