令和５年４月

会員各位

石狩商工会議所
会　頭　　榎　本　哲　史

# 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：受診者一人当り５００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：令和５年４月１日から令和６年３月３１日まで

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。

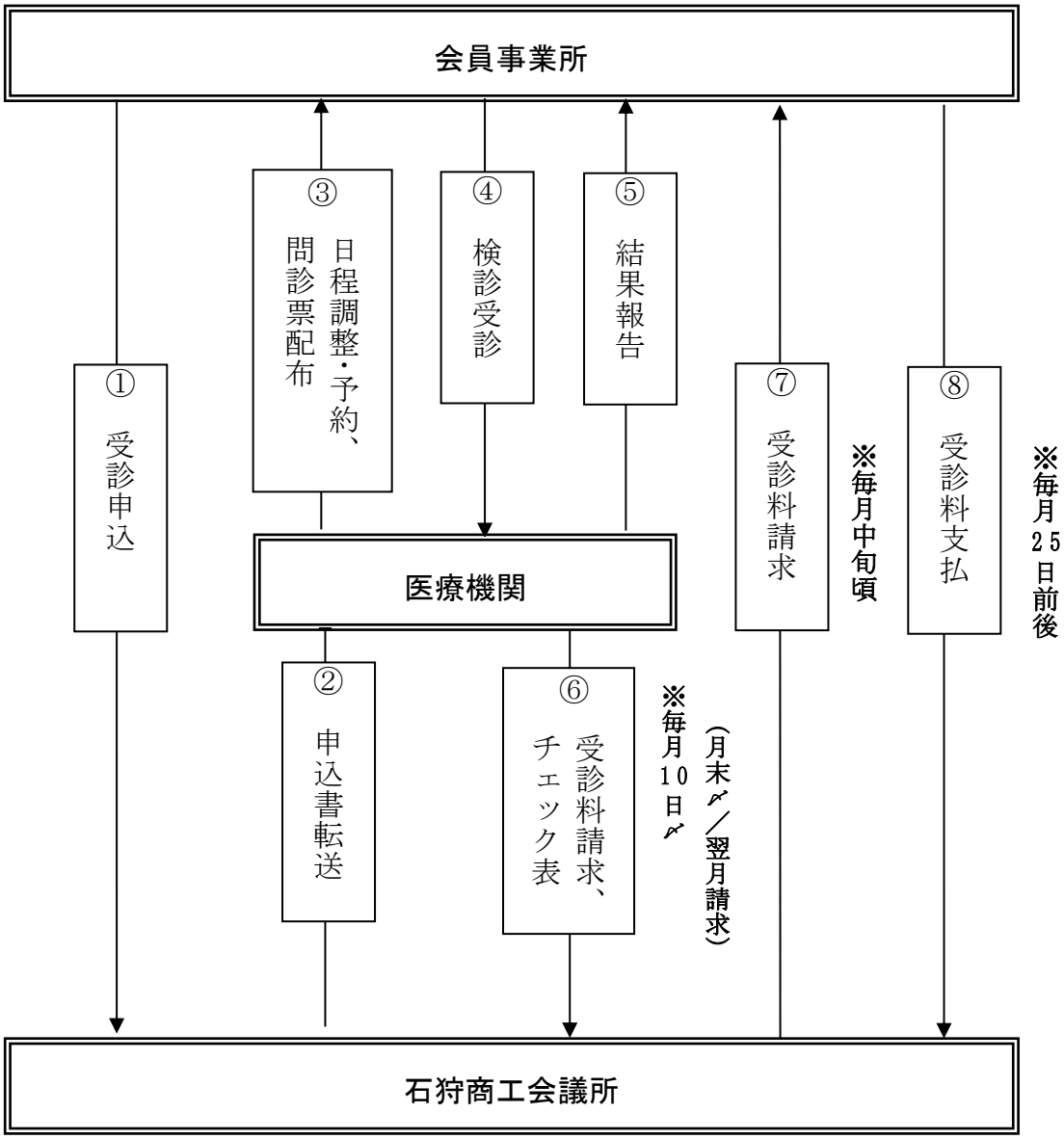
受診料のお支払い

医療機関にて受診後、医療機関より石狩商工会議所へ送付される受診請求書・受診者チェック表をもとに、後日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
電　話：７２－２１１１
ＦＡＸ：７２－２５７７

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




※フロー図①～⑧の行程終了後、石狩商工会議所より医療機関へ受診料をお支払いさせていただきます。

(別紙)

# 健康診断基本メニュー

| 健康診断<br>種　　別 | 検　診　項　目 | 検診料金<br>（税込） |
|---|---|---|
| 法定検診<br>Ａ | ①身体計測（身長・体重・ＢＭＩ）、<br>②尿検査（蛋白・糖・ウロビリノーゲン）、<br>③診察、④血圧測定、⑤視力検査、<br>⑥聴力検査（他の方法）、⑦胸部Ｘ線 | ２，４２０円 |
| 法定検診<br>Ｂ | ①身体計測（身長・体重・ＢＭＩ・腹囲）、<br>②尿検査（蛋白・糖・ウロビリノーゲン）、<br>③診察、④血圧測定、⑤視力検査、<br>⑥聴力検査（オージオメーター）、<br>⑦貧血（赤血球数・ヘモグロビン・ヘマトクリット）、<br>⑧炎症（白血球数）、<br>⑨脂質（総コレステロール・中性脂肪・<br>ＨＤＬコレステロール・ＬＤＬコレステロール）、<br>⑩肝機能（ＧＯＴ・ＧＰＴ・γ－ＧＴＰ）、<br>⑪糖代謝（血糖・ヘモグロビンＡ１ｃ）、<br>⑫心電図検査（１２誘導）、⑬胸部Ｘ線 | ７，１５０円 |
| 雇入時検診<br>Ｃ | ①身体計測（身長・体重・ＢＭＩ・腹囲）、<br>②尿検査（蛋白・糖・ウロビリノーゲン）、<br>③診察、④血圧測定、⑤視力検査、<br>⑥聴力検査（オージオメーター）、<br>⑦貧血（赤血球数・ヘモグロビン・ヘマトクリット）、<br>⑧炎症（白血球数）、<br>⑨脂質（総コレステロール・中性脂肪・<br>ＨＤＬコレステロール・ＬＤＬコレステロール）、<br>⑩肝機能（ＧＯＴ・ＧＰＴ・γ－ＧＴＰ）、<br>⑪糖代謝（血糖・ヘモグロビンＡ１ｃ）、<br>⑫心電図検査（１２誘導）、⑬胸部Ｘ線 | ７，１５０円 |
| 生活習慣病<br>予防検診 | ①身体計測（身長・体重・ＢＭＩ・腹囲）、<br>②尿検査（蛋白・糖・ウロビリノーゲン）、<br>③診察、④血圧測定、⑤視力検査、<br>⑥聴力検査（オージオメーター）、<br>⑦貧血（赤血球数・ヘモグロビン・ヘマトクリット）、<br>⑧炎症（白血球数・ＣＲＰ）、<br>⑨脂質（総コレステロール・中性脂肪・<br>ＨＤＬコレステロール・ＬＤＬコレステロール）、<br>⑩肝機能（総蛋白・Ａ／Ｇ比・ＡＬＰ・<br>ＧＯＴ・ＧＰＴ・ＬＤＨ・γ－ＧＴＰ・<br>総ビリルビン・コリンエステラーゼ）、<br>⑪糖代謝（血糖・ヘモグロビンＡ１ｃ）、<br>⑫便中ヒトヘモグロビン、<br>⑬心電図検査（１２誘導）、⑭胸部Ｘ線、⑮胃部Ｘ線（※）、<br>⑯痛風（尿酸）、⑰腎機能検査（クレアチニン） | １２，６５０ |
| 食品営業<br>取扱者検査 | 赤痢、サルモネラ | １，４３０円 |
| 脳ドックＡ | ①問診、②ＭＲＩ検査（頭部ＭＲＩ）、<br>③ＭＲＡ（頭部ＭＲＡ） | 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<br>習慣病 | 食品<br>営業 | 脳<br>ドック |
| 茨戸病院 | 花川東 128-14<br>TEL 74-3011<br>FAX 74-3013 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | × |
| 石狩病院 | 花川北 3-3-6-1<br>TEL 74-7575<br>FAX 74-8614 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | × |
| はまなす医院 | 花畔 4-1-141-1<br>TEL 64-6622<br>FAX 64-6555 | ○ | ○ | ○ | ○ | × | × |
| みき内科クリニック | 花川南 7-3-42-1<br>TEL 75-2525<br>FAX 75-2526 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | × |
| 石狩幸惺会病院 | 花川北 7-2-22<br>TEL 71-2855<br>FAX 71-2755 | ○ | ○ | ○ | × | ○ | ○ |

（商工会議所会員 → 商工会議所 → 医療機関）　　※商工会議所ＦＡＸ（０１３３）７２－２５７７

# 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<br>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） |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 昭・平　年　月　日生（　才） | 男<br>女 | 月　日<br>または<br>上・中・下旬 | 法定A | 法定B | 雇入C | 生活習慣病 | 食品取扱者 | 脳ドック | 月　日<br>□ 実施済<br>□ 予　定 |
| 2 | 昭・平　年　月　日生（　才） | 男<br>女 | 月　日<br>または<br>上・中・下旬 | 法定A | 法定B | 雇入C | 生活習慣病 | 食品取扱者 | 脳ドック | 月　日<br>□ 実施済<br>□ 予　定 |
| 3 | 昭・平　年　月　日生（　才） | 男<br>女 | 月　日<br>または<br>上・中・下旬 | 法定A | 法定B | 雇入C | 生活習慣病 | 食品取扱者 | 脳ドック | 月　日<br>□ 実施済<br>□ 予　定 |
| 4 | 昭・平　年　月　日生（　才） | 男<br>女 | 月　日<br>または<br>上・中・下旬 | 法定A | 法定B | 雇入C | 生活習慣病 | 食品取扱者 | 脳ドック | 月　日<br>□ 実施済<br>□ 予　定 |
| 5 | 昭・平　年　月　日生（　才） | 男<br>女 | 月　日<br>または<br>上・中・下旬 | 法定A | 法定B | 雇入C | 生活習慣病 | 食品取扱者 | 脳ドック | 月　日<br>□ 実施済<br>□ 予　定 |
| 6 | 昭・平　年　月　日生（　才） | 男<br>女 | 月　日<br>または<br>上・中・下旬 | 法定A | 法定B | 雇入C | 生活習慣病 | 食品取扱者 | 脳ドック | 月　日<br>□ 実施済<br>□ 予　定 |
| 7 | 昭・平　年　月　日生（　才） | 男<br>女 | 月　日<br>または<br>上・中・下旬 | 法定A | 法定B | 雇入C | 生活習慣病 | 食品取扱者 | 脳ドック | 月　日<br>□ 実施済<br>□ 予　定 |
| 8 | 昭・平　年　月　日生（　才） | 男<br>女 | 月　日<br>または<br>上・中・下旬 | 法定A | 法定B | 雇入C | 生活習慣病 | 食品取扱者 | 脳ドック | 月　日<br>□ 実施済<br>□ 予　定 |
| 9 | 昭・平　年　月　日生（　才） | 男<br>女 | 月　日<br>または<br>上・中・下旬 | 法定A | 法定B | 雇入C | 生活習慣病 | 食品取扱者 | 脳ドック | 月　日<br>□ 実施済<br>□ 予　定 |
| 10 | 昭・平　年　月　日生（　才） | 男<br>女 | 月　日<br>または<br>上・中・下旬 | 法定A | 法定B | 雇入C | 生活習慣病 | 食品取扱者 | 脳ドック | 月　日<br>□ 実施済<br>□ 予　定 |

＜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〇印を、受診希望日は、受診したい日または上・中・下旬に〇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。**