

令和7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

1. 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1,000円または500円 ※おひとり1回限り
(いしかり共済ご加入者は1,000円、未加入者500円)

診断種別：基本メニューのとおり（別紙）

事業期間：令和7年4月1日から令和8年3月31日まで

2. 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にアップロードしておりますので、ご活用ください。

3. 受診料のお支払い

受診後、医療機関から請求書が送付されますので、医療機関が指定する期日までにお支払いください。

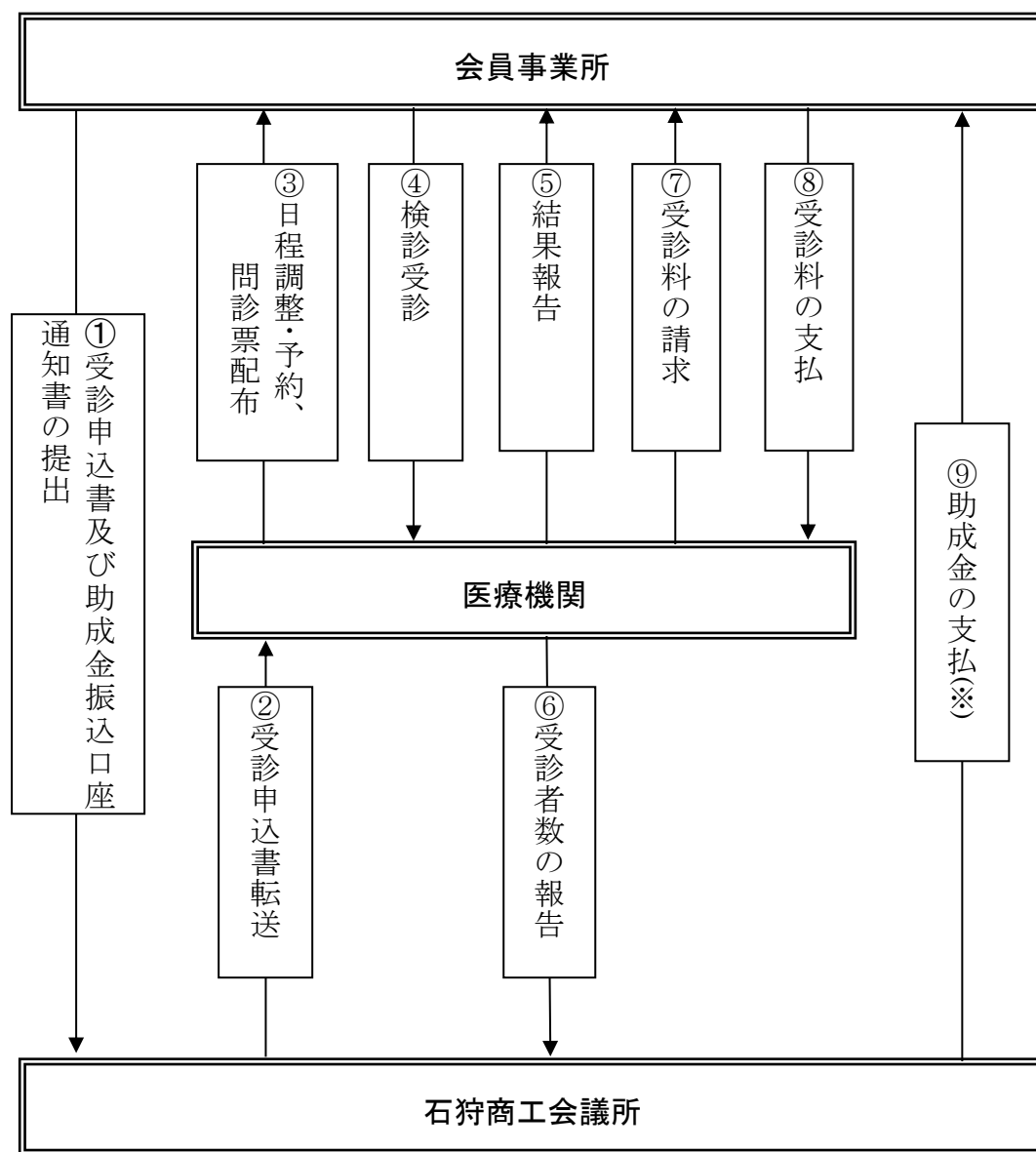
4. 助成金のお支払い

当会議所にて受診済人数を確認したのち、口座通知欄に記載いただいた振込先に助成金(1,000円または500円×受診人数)をお振込みさせていただきます。

{	担 当：	経営支援課
	電 話：	72-2111
	F A X：	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



※助成金は、受診者一人に対し 1 度のみの助成となりますので、予めご了承くださいませ
ようお願い申し上げます。

(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)
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, 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（オージオメーター）、 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, 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（オージオメーター）、 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, 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（オージオメーター）、 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, 650
食 品 営 業 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）、 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 3-3-6-1 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	○	○	○	○	○	×
石狩幸慍会病院	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
健康診断受診料助成金振込口座通知書

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が健康診断を受診したため、下記の振込先に助成金を振り込んでください。

令和 年 月 日

事業主名	住 所
	会 社 名
	代表者名
	電話番号 () —
	担当者名

受診医療機関：_____

【助成金振込先】

金融機関名	支店名 (店番)	口座の 種類	口座番号	口座名義名(フリガナ)
		普 通 当 座		

※初めて健康診断受診料助成金を申請する場合は必ずご提出ください。

※振込口座通知書を提出されている事業所で振込先を変更する場合は、再度ご提出をお願いいたします。

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、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。

令和 年 月 日

希望医療機関： _____

事業主名	住 所 〒
	会 社 名
	代表者名
	電話番号 () -
	担当者名

No.	フリガナ 氏 名	性別	いしかり 共 済	受診希望日	健康診断メニュー								病院記入欄 (実施日)
1		男		月 日	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
		女		または									☐ 実施済
	昭・平 年 月 日 (才)	上・中・下旬		☐ 予 定									
2		男		月 日	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
		女		または									☐ 実施済
	昭・平 年 月 日 (才)	上・中・下旬		☐ 予 定									
3		男		月 日	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
		女		または									☐ 実施済
	昭・平 年 月 日 (才)	上・中・下旬		☐ 予 定									
4		男		月 日	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
		女		または									☐ 実施済
	昭・平 年 月 日 (才)	上・中・下旬		☐ 予 定									
5		男		月 日	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
		女		または									☐ 実施済
	昭・平 年 月 日 (才)	上・中・下旬		☐ 予 定									
6		男		月 日	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
		女		または									☐ 実施済
	昭・平 年 月 日 (才)	上・中・下旬		☐ 予 定									
7		男		月 日	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
		女		または									☐ 実施済
	昭・平 年 月 日 (才)	上・中・下旬		☐ 予 定									
8		男		月 日	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
		女		または									☐ 実施済
	昭・平 年 月 日 (才)	上・中・下旬		☐ 予 定									
9		男		月 日	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
		女		または									☐ 実施済
	昭・平 年 月 日 (才)	上・中・下旬		☐ 予 定									
10		男		月 日	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
		女		または									☐ 実施済
	昭・平 年 月 日 (才)	上・中・下旬		☐ 予 定									

＜記入上の注意＞ いしかり共済加入者には○印、希望の健康診断メニューに○印、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、ご希望の日程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。