

「健康診断」実施のご案内

健康診断を下記の通り実施致します。

今年も受診日の予約が必要になっております。申込方法（2頁）に目を通していただき、受診希望者全員の申込書（3頁）が必要になりましたのでご注意ください。 また、健診項目の省略は、医師が認める場合に限定されるために、原則健康診断の血液検査・心電図も全員実施となります。

1. 受診場所	石川県予防医学協会 2階（金沢市神野町東115）
2. 受診日	① 令和5年10月17日（火） ② 令和5年10月18日（水） ③ 令和5年10月25日（水） ④ 令和5年10月26日（木） の四日間
3. 受付時間	[午前] 8:15 ~ 11:30 [午後] 13:00 ~ 15:30
4. 献 血	令和 5 年 10 月 18 日（水） 【受付時間】 8:30 ~ 16:00（於：予防医学協会 1階ロビー） 献血にご協力いただいた方には、組合より記念品「ハンドソープ」などが準備してありますので、健診を受診される多くの方々に、この機会に出来る限りのご協力をお願い致します。
5. 健康診断助成	組合では事業主（共済会）及び組合登録従業員（互助会）に加入されている方には、1名につき1,500円（共済会は、3,000円）を助成しています。今回の4日間については、「健康診断助成金」の申請は必要ありません。後日改めて、毎月の精算書にて助成金をお支払致します。今回の4日間以外に、他の病院等で健康診断を受診された方々にも同様に助成致します。但し、「病院名・受診日・受診者名」が記載されたものと、「領収証」を併せて組合まで提出下さい。（いずれもコピー・ファックス可）

健康診断の種類・項目・料金（料金は後日、健診結果に同封されますので直接予防医学協会へご入金ください）

検査項目	一般項目	血液検査 （法定項目）	血液検査	心電図	胃がん検査	大腸がん 検査	（通常料金） 四日間料金
健康診断	身長、体重、BMI、尿検査（糖、蛋白）視力、聴力、血圧、診察、胸部X線撮影、腹囲	貧血検査、肝機能検査、血中脂質検査、血糖検査（血糖+HbA1c）	総コレステロール【脂質】、白血球数【貧血】、ALP【肝機能】、クレアチニン【腎臓】、尿酸【痛風】	安静時標準12誘導	バリウム	便潜血反応2日法	
①定期健康診断（法定）	●	●		●			(6,930円) 6,710円
②定期健康診断 雇い入れ（新入社員）	●	●		●			(6,930円) 6,710円
③生活習慣病 予防健診	●	●	●	●	●	●	協会けんぽ 補助利用 5,282円

〔備考〕 ※石川県予防医学協会での胃部X線時の料金です。協会けんぽご利用の方は、胃カメラ（要予約）の場合は追加3,000円（鎮静剤は追加2,200円）となります。※その他、協会けんぽの補助を利用した乳がん検診等も受診いただけますのでお問い合わせください。

“文字が小さく潰れて読みにくい方は、後日組合金沢本部ホームページからもご覧いただけます”

種類と申し込み方法

※受診希望者すべての方に申し込みが必要になります

健康診断を受けたい方は、**健康診断受診申込書**（3頁）にて必ずお申込みください。

① 定期健康診断（法定）

② 定期健康診断（法定）

- 雇い入れ検診 -

③ 生活習慣病予防健診

協会けんぽ加入

事業所限定

一般的な健康診断

原則、血液検査・心電図も全員実施になります

協会けんぽへの申込は不要になりました。
今回の健康診断受診申込書（3頁）の太枠内をご記入いただき、予防医学協会様まで送信してください。

申込用紙（3頁）を記入していただき、**9月8日（金）**までに送信ください。
[送信先 FAX 076-269-4663]

※申し込み後に受診日を変更したい人は、必ず下記までご連絡いただくようお願いします
TEL 076-249-7222（受付時間 平日 8:45~17:00）

後日、3密にならないよう受診時間を調整させていただき、「**健康診断受診票**」を送らせていただきますので、そちらをお持ちいただき、指定の時間に受診場所へお越しください。
万が一、受診日の1週間前までに届かない場合は、上記まで連絡ください。

健診後、3~4週間にて「**健診結果**」及び「**請求書**」が発送されますので、すみやかに石川県予防医学協会までお支払いしていただくようお願い致します。

[その他追加検査] 検査内容等は予防医学協会までお問い合わせください

※40歳~74歳の方が対象になります

- | | |
|----------------|---------|
| ・胃部X線検査（35歳以上） | ・大腸がん検査 |
| ・肺マルチスライスCT検査 | ・乳がん検査 |
| ・前立腺がん検査 | ・骨密度測定 |
| ・風しん検査 | |
- 市・町より無料クーポンが届いている方は、この機会に検査可能です

※受診を希望される場合「全員」の申込が必要になります。
 《申込締切》 9月8日(金)

[送信先] FAX 076-269-4663

2023年度 健康診断受診申込書

一般財団法人 石川県予防医学協会 業務部 行

◎料金は当日お支払いする必要はありません。後日まとめて請求させていただきます。

事業所名	フリガナ		担当者	様
住所	〒 -			
TEL	()	FAX	()	
加入健康保険組合 (どちらかに○)		・全国健康保険協会 (協会けんぽ) ・その他		

*全国健康保険協会(協会けんぽ)の場合で、生活習慣病予防健診受診の場合 保険者番号、保険証記号、
 保険証番号をご記入ください

* 保険者番号	
* 保険証記号	

石川県予防医学協会使用欄

団体番号

③の受診者で省略したい方だけ「×」を記入してください

(注) 希望日、検査項目「○」をご記入ください
 ※旧姓は昨年変わられた方だけご記入ください

* 保険証 番号	フリガナ 氏名	※旧 姓	性別	生年月日	受診 希望日	いずれかに○			選択		希望者のみご記入 ください					備考 S	
						①	②	③	D	E	F	G	H	I	J		
						A 定期健診	B 雇入れ健診	C 生活習慣病予防健診	胃部X線	大腸便潜血	胃部X線	大腸便潜血	肺CT	前立腺がん	マンモグラフィ		
			男・女	S H 年 月 日	10/17 10/18 10/25 10/26												
			男・女	S H 年 月 日	10/17 10/18 10/25 10/26												
			男・女	S H 年 月 日	10/17 10/18 10/25 10/26												
			男・女	S H 年 月 日	10/17 10/18 10/25 10/26												
			男・女	S H 年 月 日	10/17 10/18 10/25 10/26												

【個人情報の取り扱いについて】

石川県予防医学協会では ISO27001(情報セキュリティマネジメントシステム)認証を取得し、管理体制の強化に取り組んでおります。お預かりする個人情報は健康診断の契約、事前準備、受付、実施、結果作成に利用し、その目的以外で使用されることはありません。