

事業主・従業員のための

# 健康診断の

# あなたの体は大丈夫? ご案内



★ 当所では標記健康診断を下記の通り実施いたしますので、ご案内申し上げます ★

【日 時】 平成30年6月18日(月)・19日(火)・20日(水)

午前 **8時**～ (混雑を避けるため、時間の割り振りをさせていただきます。)

※原則として食事制限のあるコースの方は午前、それ以外の方は午後の検診となります。

※一人の検診時間は30分ほどですが、混雑により多少時間が経過する場合があります。

【場 所】**富士吉田商工会議所** (検診機関: 独立行政法人 地域医療機能推進機構 山梨病院)

『検診項目・検診料(1人につき)』 ※検診料は山梨病院へ後日お支払いいただきます。

<b>A</b> コース	社会保険加入者の35歳未満の方及び 国民健康保険加入者の40歳未満の方 (35歳の方を除く)	①身長・体重測定(BMI) ②検尿 ③視力検査 ④血圧検査 ⑤血液検査 ⑥診察 ⑦心電図検査 ⑧聴力検査(オーディオ) ⑨胸部レントゲン撮影	<b>5,940円(税込)</b>
<b>B</b> コース	国民健康保険加入者の35歳及び 40歳以上の方 <<食事制限あり>>	(A)に加えて⑩腹囲測定 ⑪上記⑤の血液検査に1項目追加	<b>6,480円(税込)</b>
<b>C</b> コース	社会保険加入者の35歳以上の方 <<食事制限あり>>	(B)に加えて⑫胃部レントゲン検査 ⑬便潜血検査(2回法)	<b>7,030円(税込)</b>

国民健康保険加入の方につきましては、富士吉田市役所主催の健康診断受診をお勧めいたします!

※Cコースを受診される方は各事業所に送付される

「**全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診申込書**」が必要となります。

(上記の項目以外はこの検診では受診できませんのでご注意ください。また扶養の方も対象外となります。)

【定 員】 **250名** (先着順にて定員になり次第締め切らせていただきます)

【申込み】 裏面の申込書に必要事項をご記入のうえ、**5月25日**までに窓口、またはFAX  
でお申込み下さい。

**健診時間の指定はできません。あらかじめご了承ください。**



お問い合わせは、富士吉田商工会議所 24-7111まで



# 健康診断検診申込書

事業所名			代表者名	㊟	
所在地	TEL		FAX		

受診者氏名 (フリガナを必ずお書き下さい。)	性別	生年月日	保険の種類	コース名	検診日 (希望日に○)
1	男・女	T S 年 月 日 H (年齢: 才)	社保・国保		18日 19日 20日
2	男・女	T S 年 月 日 H (年齢: 才)	社保・国保		18日 19日 20日
3	男・女	T S 年 月 日 H (年齢: 才)	社保・国保		18日 19日 20日
4	男・女	T S 年 月 日 H (年齢: 才)	社保・国保		18日 19日 20日
5	男・女	T S 年 月 日 H (年齢: 才)	社保・国保		18日 19日 20日
6	男・女	T S 年 月 日 H (年齢: 才)	社保・国保		18日 19日 20日
7	男・女	T S 年 月 日 H (年齢: 才)	社保・国保		18日 19日 20日
8	男・女	T S 年 月 日 H (年齢: 才)	社保・国保		18日 19日 20日

《変更点》

※昨年度よりの変更は特にごさいません。

お申込みは窓口またはFAX(22-6851)でお願いします

※Cコースの方は「平成30年度全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診申込書」も添えて申込下さい

※支払は後日となります。

※社会保険加入者の扶養家族の方は対象外となります。

※ご記入いただいた情報は、検診に関する書類作成、連絡にのみ利用させていただきます。

※特定日にお申し込みが集中した場合には、ご希望の日に添えないことがありますのでご了承下さい。

※書き切れない場合には、本書をコピーしてご記入下さい。

