

定期健康診断のご案内

事業所は、労働安全衛生法に基づき従業員を雇い入れるときと、その後1年以内ごとに1回、定期的な健康診断の実施が義務づけられています。



健診内容

項目・内容		法定健診		生活習慣病予防健診		
		Aコース	Bコース	一般健診	付加健診	
①	問診診察	○	○	○	左記 一般健診項目 + 尿沈渣 血液検査 ・血小板 ・血液像 ・総蛋白 ・アルブミン ・総ビリルビン ・アミラーゼ ・LDH 眼底検査 肺機能検査 腹部超音波検査	
②	身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）	○	○	○		
③	血圧測定	○	○	○		
④	視力検査	○	○	○		
⑤	聴力検査（オーディオメーター）	○	○	○		
⑥	尿検査（糖、蛋白）	○	○	○		
⑦	胸部X線撮影（直接撮影）	○	○	○		
血液検査	⑧ 貧血	赤血球数、ヘモグロビン		○		○
		白血球数、ヘマトクリット		○		○
	⑨ 肝機能	GOT、GPT、γ-GTP		○		○
		ALP				○
	⑩ 腎機能	クレアチニン				○
	⑪ 血中脂質	中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール		○		○
総コレステロール				○		
⑫ 代謝系	空腹時血糖（ヘモグロビンA1C可）		○	○		
	尿酸			○		
⑬	心電図検査		○	○		
⑭	便検査（便潜血 2日法）			○		
⑮	胃部X線撮影（胃カメラ可）			○		
会員健診料（税込み）		2,100円	5,600円	協会けんぽ加入者 負担 6,200円	協会けんぽ加入者 負担 10,500円	
通常健診料（税込み）		3,850円	7,700円	※ 18,865円	※ 28,468円	
対象者等		・39歳以下 (35歳除く) ・40歳以上 及び 35歳 ・雇入れ時 (年齢問わず全員対象)		・35歳以上	・40歳 ・50歳	

※協会けんぽ加入者の一般健診受診者負担額は「7,169円」、一般+付加健診の負担額は「11,971円」です。

※割引額の上限は、1会員あたり年間で30,000円までです。

■お申込方法

希望の健診コースをお選びいただき、裏面の申込書に必要事項をご記入の上、FAXにて病院宛てに直接お申込下さい。

■結果報告

健診判定結果につきましては、受診された病院より後日送付されます。

■お支払い

健診料は、受診された病院より後日請求となります。病院または指定の金融機関へお支払い下さい。

健診病院

会員割引対象となる健診（左頁4コース）をご利用の際、**院内健診の指定病院は医師会病院となります。**
また、**受診者多数の場合、期間限定（12月～3月）で、健診車輛による院外健診にて五稜郭病院または中央病院を指定することもできます。**それぞれご希望に合わせてお選び下さい。

院内健診

函館市医師会病院（公益社団法人 函館市医師会 函館市医師会病院）

〒041-8522 函館市富岡町2丁目10番10号 電話0138-43-6000 FAX0138-43-6022

■健診日：月～金（祝日を除く）予約制

■その他コース

■時間：ご相談下さい

一泊・二泊ドック、日帰りドック、脳ドック、消化器ドック

特定健診、乳がん検診（無料クーポンや市町制度対応）

【各種オプションもございます。詳細はお問合せ下さい】



院外健診

（12月～3月）期間限定 <受診者30人以上の場合、健診車輛による巡回健診が可能です>

函館五稜郭病院（社会福祉法人 函館厚生院 函館五稜郭病院）

〒040-8611 函館市五稜郭町38番3号 電話0138-51-2295 FAX0138-51-4558

■巡回健診時期：12月・1月・2月・3月

※詳しい日時はお早めにお電話にてご相談下さい。

□その他病院内での健診【月～土（祝日、年末年始を除く）】**通年予約制**

□主な健診コース……人間ドック、特定健診、PET/CTがんドック

□各種オプション

乳がん検診、子宮がん検診、前立腺がん検診、胸部CT検査、骨密度測定、

腫瘍マーカーほか

※詳細につきましてはお問い合わせ下さい。



函館中央病院（社会福祉法人 函館厚生院 函館中央病院）

〒040-8585 函館市本町33番2号 電話0138-52-1231 FAX0138-56-6291

■巡回健診時期：12月・1月・2月・3月

※詳しい日時はお早めにお電話にてご相談下さい。

□その他病院内での健診【月～土（祝日、年末年始、開院記念日を除く）】**完全予約制**

□主な健診コース…人間ドック、特定健診、法定健診、生活習慣病健診（協会けんぽ）

□各種オプション

胃カメラ検査、乳がん検診、子宮がん検診、胸部・腹部CT検査、骨密度測定

腫瘍マーカー（男性・女性用セット有り）



対象期間：令和2年度（R2. 4. 1～R3. 3. 31）

函館商工会議所 会員事業所 健康診断 F A X 申込書

< 健診を希望される病院に直接お送り下さい >

送信先： 医師会病院 FAX：43-6022 五稜郭病院 FAX：51-4558

中央病院 FAX：56-6291

フリガナ _____

事業所名 _____ 印 _____ 代表者名 _____

住 所 _____ 電話番号 _____

会員事業所コード： _____ 担当者名 _____

健診を希望される病院	健診コース（健診予定人数）	備 考
【院内健診】 <input type="checkbox"/> 医師会病院	法定健診 <input type="checkbox"/> Aコース（ 人） <input type="checkbox"/> Bコース（ 人）	連絡事項等があればご記入下さい
【健診車による院外健診】※期間限定 <input type="checkbox"/> 五稜郭病院	生活習慣病 <input type="checkbox"/> 一般健診（ 人）	
<input type="checkbox"/> 中央病院	<input type="checkbox"/> 付加健診（ 人）	

【健診予定者名簿】

希望日	コース	氏 名	フリガナ	生年月日	自宅住所	自宅電話	オ ^プ ション

※本ページ（申込書）を F A X にて送信後、折り返し病院より連絡がありますので、その際に健診時間や健診者多数の場合の健診日など、最終調整を行っていただきます。

※お早めに（院内健診は受診希望日の2週間前迄、巡回健診は2ヵ月前迄を目途に）お申込下さい。

※健診予定者多数の場合は、本用紙を複写してご使用下さい。