

函館商工会議所 健康経営支援事業のご案内

健康診断受診料補助 PET/CTがんドック割引

健康診断受診料補助

事業所は、労働安全衛生法に基づき、従業員を雇入れるときと、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付けられています。本所では会員の皆様の健康経営支援のため、受診料補助を行っています。

令和5年度からの変更点

協会けんぽ加入者の「付加健診」対象者が拡大されます。（赤字部分）

令和5年度まで： 40歳 50歳
 令和6年度： 40歳 **45歳** 50歳 **55歳** **60歳** **65歳** **70歳**

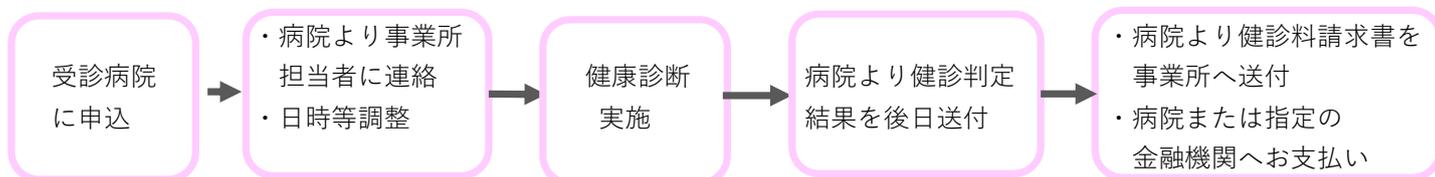


健診病院

※オプションや詳細は各病院へお問い合わせください。

| 病院名 | 院内健診 | 院外健診(健診車両) | その他(※) |
|---|---|--|---|
| 函館市医師会病院 〒041-8522 函館市富岡町2-10-10 TEL0138-43-6000 FAX0138-43-6022 | 通年 健診日：月～金(祝日除く) 予約制 時間：ご相談ください | | 1泊ドック 日帰りドック 脳ドック 特定健診 乳がん検診等 |
| 函館五稜郭病院 〒040-8611 函館市五稜郭町38-3 TEL0138-51-2295 FAX0138-51-4558 | | 12～3月 健診日：月～土 (祝日・年末年始除く) 予約制 時間：ご相談ください ※30名以上の場合のみ 利用可 | 特定健診 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 腫瘍マーカー等 |
| 函館中央病院 〒040-8585 函館市本町33-2 TEL0138-52-1231 FAX0138-56-6291 | | 12～3月 健診日：月～土 (祝日・年末年始・ 開院記念日を除く) 予約制 時間：ご相談ください ※30名以上の場合のみ 利用可 | 人間ドック 特定健診 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 腫瘍マーカー等 |

申込～お支払いまでの流れ



健診内容

| 項目 | | 内容 | 法定 | | 生活習慣病予防健診 (協会けんぽ加入者) | |
|--------------|------------------|----------------------------|-------------------|----------------------------------|-------------------------|---|
| | | | Aコース | Bコース | 一般 | 付加 |
| 1 | 問診 | | ○ | ○ | ○ | 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 ・アマラーゼ ・LDH 眼底検査 肺機能検査 腹部超音波検査 |
| 2 | 身体測定 | 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 | 8 貧血 | 赤血球数、ヘモグロビン | | ○ | ○ | |
| | | 白血球数、ヘマトクリット | | | | |
| 液 | 9 肝機能 | GOT、GPT、γ-GTP | | ○ | ○ | |
| | | ALP | | | ○ | |
| 検 | 10 腎機能 | クレアチニン | | | ○ | |
| | | | | | | |
| 査 | 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 | | | | ○ | |
| 対象 | | | 35歳除く 39歳以下 | ・40歳以上 ・35歳 ・雇入れ時 (全年齢) | 35歳以上 | 40歳・45歳・ 50歳・55歳・ 60歳・65歳・70歳 |
| ★会員負担健診料(税込) | | | 2,100円 | 5,600円 | 5,282円 | 7,971円 |
| ※会議所特別価格 | | | 3,850円 | 7,700円 | - | - |
| 通常料金 | | | 4,400円～ | 9,900円～ | 18,865円 | 28,468円 |

申込はお早めに!

院内健診▶受診希望日の1ヶ月前まで
院外健診▶受診希望日の2ヶ月前まで

本所からの補助(※一★)は
1会員あたり年間**30,000円**
までです。

協会けんぽ 乳がん・子宮頸がん 検診のご案内



協会けんぽにご加入の方はご検討ください

| | 項目 | 対象年齢 | | 自己負担 |
|-------------|-------|--------|--------------------|--------|
| 一般健診 に付加 | 子宮頸がん | 36～74歳 | いずれも 偶数年齢 の方 | 970円 |
| | 乳がん | 40～48歳 | | 1,574円 |
| | | 50～74歳 | | 1,013円 |
| 単体 | 子宮頸がん | 20～38歳 | | 970円 |

函館市がん検診のご案内

集団検診の予約等 函館市医師会健診検査センター TEL85-6006
(月～金 9:00～17:00 ※土日祝日、年末年始を除く)

その他の問い合わせ 保健福祉部健康増進課 TEL32-1532
(月～金 8:45～17:30 ※土日祝日、年末年始を除く)

- 対象者 函館市に住民登録があり、受診日の年齢が対象年齢に達している方
- 実施方法 集団検診 (集) 医師会健診検査センター及び市内各町会館等での検診
個別検診 (個) 市のがん検診を受診できる医療機関での検診
- 健康保険高齢受給者証やご家族全員の非課税証明書の提出等で無料になる場合があります。



2年に1回 令和6年度は西暦偶数年生まれの方が対象

| | 胃がん検診 | 乳がん検診 | 子宮がん検診 |
|------|--------|--------------|--------------------------|
| 対象年齢 | 50歳以上 | 40歳以上の女性 | 20歳以上の女性 |
| 料金 | 3,000円 | 1,800円 | 頸部) 1,500円 頸部+体部) 2,200円 |
| 検査内容 | 胃内視鏡 | 問診、マンモグラフィ検査 | 問診、視診、内診、細胞診 |
| 予約先 | 各医療機関 | 各医療機関 | 各医療機関 |

年に1回

| | 胃がん検診 | 肺がん検診 | 大腸がん検診 |
|------|-------------------------|-------------------|-------------------|
| 対象年齢 | 35歳以上※1 | 40歳以上 | 40歳以上 |
| 料金 | 1,000円 | 100円 喀痰あり※2) 600円 | 集) 500円 個) 1,000円 |
| 検査内容 | 問診、胃バリウムX線撮影 | 問診、胸部X線撮影 | 問診、便潜血検査 |
| 予約先 | 集) 健診検査センター 個) 各医療機関 | 予約不要 × | 健診検査センター 各医療機関 |

※1)前年度胃がん内視鏡検査をした方の受診は不可

※2)必要に応じて実施

函館五稜郭病院 PET/CTがんどック 会員限定割引のご案内

詳細・お申込みはお問い合わせください

函館五稜郭病院 健康管理センター

PET/CTがんどック専用フリーダイヤル

0120-08-5195

| | 総合健診コース | がん検診コース | PET①コース | PET②コース |
|---------------|------------------------|-----------------|-----------------|---|
| 通常価格(税込) | 160,600円 | 145,200円 | 106,700円 | 88,000円 |
| 会員限定割引 | -10,000円 | -10,000円 | -10,000円 | ※1 |
| 検査項目 | 問診・身体測定 | ○ | ○ | ○ |
| | PET/CT | ○ | ○ | ○ |
| | 腫瘍マーカー(血液検査) | ○ | ○ | ○ |
| | CT検査(胸部・腹部) | ○ | ○ | ○ |
| | MRI(骨盤部) | ○ | ○ | ※1 スタートアップ キャンペーン! 40歳以上の方 で、今まで一度 もPET/CT検査 を受けたこと のない方限定で <u>¥60,000(税込)</u> で受診可。 |
| | 胃カメラ(後日検査) | ○ | ○ | |
| | 腹部超音波検査 (胆・肝・腎・膵・脾) | ○ | ○ | |
| | 甲状腺超音波検査 | ○ | ○ | |
| | 尿検査(一般・沈査) | ○ | ○ | |
| | 便検査(2回法) | ○ | ○ | |
| | 血液検査(一般・生化学) | ○ | | |
| | 視力・眼底・眼圧検査 | ○ | | |
| | 聴力検査 | ○ | | |
| | 呼吸機能検査 | ○ | | |
| | 心電図 | ○ | | |
| 骨密度測定 | ○ | | | |
| 動脈硬化検査 | ○ | | | |
| 保健指導 | ○ | | | |

令和6年度 函館商工会議所 会員事業所健康診断申込書

FAX送信先（受診希望病院）

医師会病院 FAX 43-6022
 五稜郭病院 FAX 51-4558
 中央病院 FAX 56-6291

申込はお早めに!

院内健診▶受診希望日の1ヶ月前まで
 院外健診▶受診希望日の2ヶ月前まで

①～④についてご記入ください。

①事業所名

(会員コード) _____ (会員コード: _____) 印

②住所

③担当者

役職・氏名

④電話番号

受診者数をご記入ください。

| | |
|--------------|---------------|
| 本所補助対象 | 本所補助対象外 |
| Aコース _____ 名 | 一般コース _____ 名 |
| Bコース _____ 名 | 付加コース _____ 名 |

ご希望の病院及び院内外健診に○をご記入ください。

| 受診希望病院 | 院内健診 | 院外健診 (健診車) |
|--------|------|---------------|
| 医師会病院 | 通年 | なし |
| 五稜郭病院 | なし | 12～3月 |
| 中央病院 | なし | 12～3月 |

備考

連絡事項等があればご記入ください。

| 希望日 | コース | 氏名・フリガナ | 生年月日 | 自宅住所 | 自宅TEL | オプション |
|-----|-----|---------|------|------|-------|-------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

記入欄不足の場合は、お手数をおかけしますが、本用紙を複写してご利用ください。