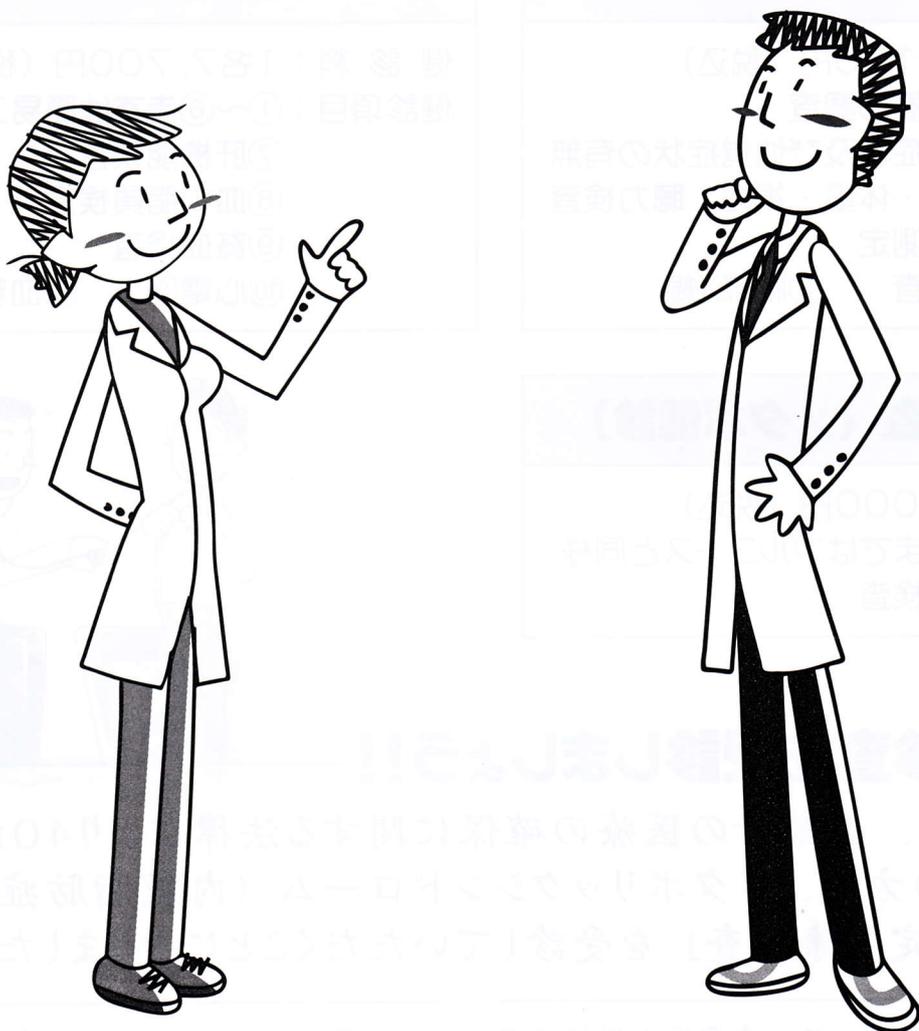


# 集団健診のご案内

当所では、会員皆様の健康管理活動の一助として、毎年健康診断を行っています。  
従業員の方の健康を守るため、是非この機会に受診されますようご案内申し上げます。  
なお、**商工会議所共済【生命共済・奥州】加入者**には、健診料の一部補助があります。



**1回目**

**平成26年10月14日(火)**

**2回目**

**平成26年10月15日(水)**

**【場 所】 胆江地区勤労者教育文化センター**  
(水沢区佐倉河字後樋120-1)

**【受付時間】 午前9時～11時／午後1時～2時30分**

**【生命共済・奥州】 加入者1名につき1,000円補助いたします。**

**◆健診コース◆**

**簡易コース**

健診料：1名3,100円(税込)  
健診項目：①既往歴の調査  
②自覚症状及び他覚症状の有無  
③身長・体重・視力・聴力検査  
④血圧測定  
⑤尿検査 ⑥胸部X線

**フルコース**

健診料：1名7,700円(税込)  
健診項目：①～⑥までは簡易コースと同様  
⑦肝機能検査  
⑧血中脂質検査  
⑨貧血検査  
⑩心電図 ⑪血糖

**特定健康診査 (メタボ健診)**

受診料：1名8,000円(税込)  
健診項目：①～⑪まではフルコースと同様  
⑫腹囲検査



**特定健康診査を受診しましょう!!**

平成20年より、高齢者の医療の確保に関する法律により40歳～74歳の被扶養者の方は、メタボリックシンドローム(内蔵脂肪症候群)に着目した「特定健康診査」を受診していただくことになりました。

※健康診断の結果について、産業医の選任義務のない事業所においても、労働者の健康管理等について医師等から意見を聞くことが適当とされており、地域産業保健センター事業を活用される場合は当所までご連絡ください。

## ◆オプション検診◆

追加料金をお支払いただきますと、つぎの検診を受けることができます。受診をご希望の方は、申込書のチェック欄を○で囲んでください。

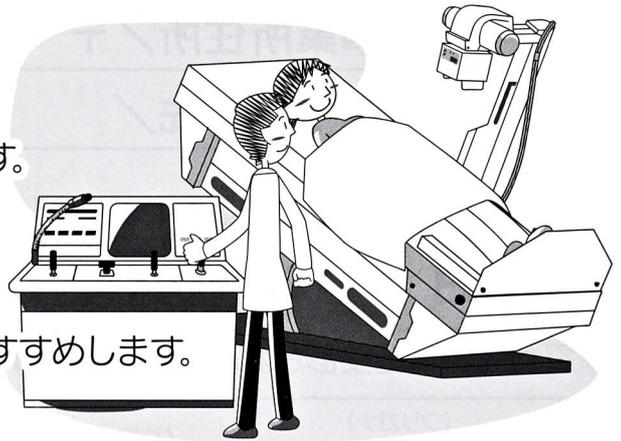
※オプション検診は補助対象外となりますのでご了承下さい。

### ●胃がん検診●

胃がん早期発見のための検査で、X線撮影となります。受診される方は、当日朝食を摂らないようお願いいたします。

### ●前立腺がん検診● ※男性限定

前立腺がん早期発見のための検査（血液検査）です。近年急速に患者数が増えており、特に中高年の方におすすめします。

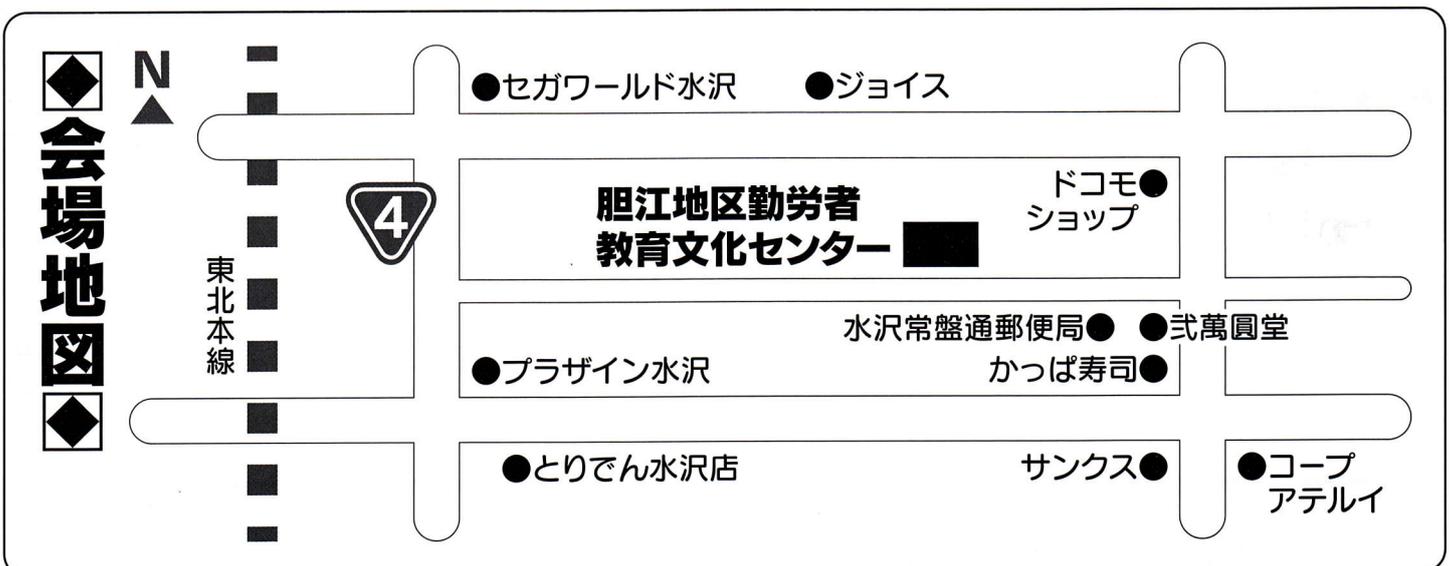


### ●大腸がん検診●

大腸がん早期発見のための検査です。便潜血反応検査で、二日間便を採取しスクリーン検査を行います。

検診種類〔検査方法〕	料金（税込）
胃がん検診〔X線撮影・直接〕	9,200円
前立腺がん検診〔血液検査〕	1,600円
大腸がん検診〔便潜血反応検査・二日法〕	1,500円

※胃がん検診を受診される方は、15日午前の受診となります。



# 健 診 申 込 書

申込日 / 年 月 日

事業所名 /

事業所住所 / 〒

ご連絡先 / ( )

★ご希望の検診日を○で囲んでください。

検診日	10/14(火)	10/15(水)
-----	----------	----------

※胃がん検診を受診される方は、必ず15日午前の受診となります。

No.	(フリガナ) 受診者氏名	生年月日	性別	希望コース			追加オプション			時 間
				簡易	フル	メタボ	胃	前立腺	大腸	
1	-----	昭和・平成 年 月 日	男・女	簡易	フル	メタボ	胃	前立腺	大腸	午前・午後
2	-----	昭和・平成 年 月 日	男・女	簡易	フル	メタボ	胃	前立腺	大腸	午前・午後
3	-----	昭和・平成 年 月 日	男・女	簡易	フル	メタボ	胃	前立腺	大腸	午前・午後
4	-----	昭和・平成 年 月 日	男・女	簡易	フル	メタボ	胃	前立腺	大腸	午前・午後
5	-----	昭和・平成 年 月 日	男・女	簡易	フル	メタボ	胃	前立腺	大腸	午前・午後
6	-----	昭和・平成 年 月 日	男・女	簡易	フル	メタボ	胃	前立腺	大腸	午前・午後
7	-----	昭和・平成 年 月 日	男・女	簡易	フル	メタボ	胃	前立腺	大腸	午前・午後

★ご希望箇所を○で囲んでください。

《計算欄》 合 計	簡易 @3,100×__名	胃がん@9,200×__名	内共済加入者 @1,000×__名	①+②-③
	フル @7,700×__名	前立腺@1,600×__名		
	メタボ@8,000×__名	大腸 @1,500×__名		
	①小計 _____ 円	②小計 _____ 円	③小計 _____ 円	合計 _____ 円

※7名以上お申込みの場合は、コピーしてお使いください。

申込締切 / 9月5日(金)必着 (※定員になり次第締め切ります)

奥州商工会議所(担当/指導課 阿部) TEL(24)3141 FAX(24)3148