

事業の発展は健康から 健康診断を受けましょう！

# 四 日 市 商 工 会 議 所

健	康	診	断
サ	ー	ビ	ス

企業にとって、従業員の健康管理は法律・規則で定められた義務です。現在、すべての事業所は労働安全衛生法により、年1回従業員の健康診断実施が義務付けられています。

四日市商工会議所では、会員サービスの一環として、下記の6つの会員医療機関と提携し、事業主や従業員並びにそのご家族の方々が、会員特別価格にて健康診断を受診できる「健康管理サービス事業」を実施しています。

是非、貴社の福利厚生の一つとして、皆様の健康管理にお役立てください！

## 【お知らせ】

消費税が改定となり、受診価格も変更となりました。

㊦コース（一般定期健康診断）は法定項目を満たした法定健診となります。また、㊦コース（生活習慣病予防健診）、㊧コース（1日人間ドックコース）については変更ございませんのでご利用ください。

※平成29年度より、新たに追加メニューを設けました。基本コースと同時に受診されると、合計価格より、お一人様受診料1,000円の割引サービスがあります。（後日、振り込みます）（年間1回限り）

※当所「生命共済制度」加入者には、お一人様受診料1,000円の割引サービスを設けています。（後日、振り込みます）（年間1回限り）

## 記

### 1. 健康診断を受けていただける方

四日市商工会議所会員事業所の事業主・役員・従業員とその家族の皆さん

### 2. 健康診断が受けられる医療機関・期間・受診コース

医療機関名	受診できる期間	受診コース
医療法人 石田会 石田胃腸科病院 四日市市朝日町1番15号 TEL.353-3313	年間を通じて可	全コース
医療法人 九愛会 中京サテライトクリニック 鈴鹿市庄野町字久保866 TEL.373-4875	年間を通じて可	全コース
医療法人 尚豊会 みたき健診クリニック 四日市市生桑町字菰池450-3 ☎0120-177-667	年間を通じて可	全コース
医療法人社団 プロGRESS 四日市消化器病センター 四日市市下海老町字高松185-3 TEL.326-3000	年間を通じて可	全コース
医療法人社団 山中胃腸科病院 健診センター 四日市市小古曾3-5-33 TEL.347-1738	年間を通じて可 (土、日も可)	全コース
(独法)地域医療機能推進機構 四日市羽津医療センター 四日市市羽津山町10番8号 TEL.331-1211	年間を通じて可	全コース

㊦コース／一般定期健康診断（法定健診）

㊦コース／生活習慣病予防健診

㊧コース／1日人間ドックコース

\*受診コースの詳細は中面をご確認ください。 \*受診できる期間・受診コース・受診価格は医療機関によって異なりますのでご注意願います。

## 健康診断会員価格による検査内容と受診コース

### 3. 基本コース受診価格

\*2019年10月1日からの価格です。

(消費税込み)

基本健診メニュー		石田胃腸科 病院	中京サテライト クリニック	みたき 健診クリニック	四日市消化器病 センター	山中胃腸科病院 健診センター	四日市羽津 医療センター
㊦コース 一般定期健康診断 (法定健診)	1月～3月	7,700円	7,722円	7,920円	7,700円	8,580円	8,800円
	4月～12月		8,580円	9,020円			9,350円
㊧コース 生活習慣病 予防健診	1月～3月	12,840円	11,880円	13,000円	13,200円	13,200円	10,475円
	4月～12月		13,200円	15,200円			13,200円
㊨コース 1日人間ドック	1月～3月	31,580円 <small>(注1)</small>	29,700円	36,300円	28,710円	33,000円	31,218円
	4月～12月		33,000円				34,100円

\*(注1) 石田胃腸科病院：眼底カメラ、眼圧検査は含まれておりません。

●当所「生命共済制度」にご加入いただいている方は、お1人様1,000円(年間1回限り)の割引サービスがあります。後日、受診後に当所より振り込みます。

### 4. 健康診断サービス 追加メニュー 受診価格 (㊦～㊨コースと同時受診の価格です。追加メニューだけの受診はできません。)

\*2019年10月1日からの価格です。

追加検診メニュー		石田胃腸科 病院	中京サテライト クリニック	みたき 健診クリニック	四日市消化器病 センター	山中胃腸科病院 健診センター	四日市羽津 医療センター
①	脳ドック検診 (頭部MRI/MRA、頸部超音波含む)	受診不可	受診不可	33,000円 <small>MRI、MRA、頸部超音波、 血液検査など 50歳以上認知機能あり</small>	22,000円 <small>(MRI、MRA、頸部エコー)</small>	22,000円 <small>(MRI、MRA、 動脈硬化[ABI])</small>	40,700円 <small>(MRI、MRA、頸部エコー、 眼底検査、血液検査)</small>
②	動脈硬化・脈派	受診不可	受診不可	3,300円	4,400円 <small>(頸部エコー)</small>	1,650円 <small>(ABI検査)</small>	9,900円 <small>(頸部エコー、血圧脈波検査)</small>
③	男性向け バックセット <small>(PSA、AFP、CA19-9) 腫瘍マーカー血液検査</small>	2,960円	4,400円	4,950円	3,850円	4,400円	4,620円
④	女性向け バックセット <small>(CA-125、AFP、CA19-9) 腫瘍マーカー血液検査</small>	2,960円	4,400円	4,950円	4,510円	4,400円	4,620円
⑤	胃がん(バリウム) ※㊦コースには含まれます	11,000円	11,000円	9,350円	8,800円	9,900円	11,132円
⑥	大腸がん(便検査) ※㊧・㊨コースには含まれます	1,100円	1,100円 (2回法)	1,320円 (2日法)	1,210円	1,100円 (2日法)	1,210円 (2日法)
⑦	乳がん(マンモグラフィ)	受診不可	4,950円 (2方向、触診あり)	5,500円 (2方向、触診なし)	受診不可	5,500円 (2方向、触診なし)	5,621円 (2方向、触診なし)
	乳がん(乳腺エコー)	3,570円	3,300円 (触診あり)	4,400円 (触診なし)	受診不可	受診不可 マンモ+乳腺エコー9,900円 (エコー希望の場合は マンモ+エコーとなります)	3,850円 (触診なし)
⑧	前立腺がんPSA(男性のみ) 腫瘍マーカー(血液検査)	1,330円	2,200円	2,750円	1,650円	PSA:1,540円 子宮頸がん細胞診 (女性):3,850円	1,980円
受診対応できる期間		通年	通年	通年	通年	通年	通年

●基本コース受診価格+追加メニュー受診価格より、お1人様1,000円(年間1回限り)の割引サービスがあります。後日、受診後に当所より振り込みます。

○本件に関してのお問い合わせ先

四日市商工会議所 会員サービス課 TEL 059-352-8193

検査内容		㊦コース	㊧コース	㊨コース	備 考
		一般定期健康診断 (法定健診)	生活習慣病 予 防 健 診	1日人間ドック	
計 測	身長	○	○	○	
	体重	○	○	○	
	視力	○	○	○	
	BMI	○	○	○	
	肥満度	○	○	○	
理 学 検 査	腹囲測定	○	○	○	
	問診	○	○	○	
	打診	○	○	○	
	聴診	○	○	○	
血 圧 測 定	触診	○	○	○	
	運動前	○	○	○	
	聴 力 検 査	○	○	○	
尿 検 査	オージオ	○	○	○	
	会話法	○	○	○	
	蛋白	○	○	○	
	潜血	○	○	○	
	糖	○	○	○	
	ウロビリノーゲン	○	○	○	
胸 部 X 線 (直接)	尿沈査(有所見者のみ)			○	
	尿比重			○	
	正面	○	○	○	
心 電 図	側面			○	
	安静時	○	○	○	
眼 底 カ メ ラ	十二誘導	○	○	○	
	両眼			○	(注1)
眼 圧	両眼			○	(注1)
	潜血(免疫法)		○	○	
便 検 査	2回法		○	○	
	直接撮影(バリウム)		(注2)	別途料金	○
胃 部 X 線	胆、肝、膵、腎、脾			○	(注3)
腹 部 超 音 波	肺活量ほか			○	
血 液 一 般	肺機能検査			○	
	赤血球数	○	○	○	貧血・多血症
	白血球数	○	○	○	白血病等
	ヘモグロビン	○	○	○	貧血等
	ヘマトクリット	○	○	○	貧血等
	MCV	○	○	○	貧血・多血症
	MCH	○	○	○	貧血・多血症
	MCHC	○	○	○	貧血・多血症
	血小板数			○	血液疾患
	血液型(初回のみ)			○	血液型
生 化 学 検 査	GOT	○	○	○	肝機能
	GPT	○	○	○	肝炎
	ALP	○	○	○	肝・胆道疾患
	γ-GTP	○	○	○	肝・胆道疾患
	T-ch	○	○	○	高コレステロール血症
	TG	○	○	○	中性脂肪(動脈硬化)
	HDL	○	○	○	善玉コレステロール
	UA	○	○	○	尿酸(痛風)
	CRN	○	○	○	腎機能
	GLU	○	○	○	糖尿病
	AMY	○	○	○	すい臓
	ヘモグロビンA1c		○	○	糖尿病
	TP		○	○	肝・胆・全身
	A/G		○	○	肝・胆・全身
	Bili(T.D)		○	○	肝・胆・全身
アルブミン		○	○	肝・胆・全身	
血 清 検 査	LDL	○	○	○	悪玉コレステロール
	HBs抗原		○		B型肝炎
	HBs抗体		○		B型肝炎
	HCV抗体		○		C型肝炎
備 考	法定健診	希望により胃の直接撮影を実施。料金は別料金となります。 (注2)			

\* (注1) 石田胃腸科病院：眼底カメラ、眼圧検査は含まれておりません。

\* (注2) 石田胃腸科病院は、11,000円の別途料金となります。

中京サテライトクリニックは、直接撮影11,000円、胃カメラ14,300円の別途料金となります。

みたき健診クリニックは、直接撮影9,350円、胃カメラ18,700円の別途料金となります。

四日市消化器病センターは直接撮影、胃カメラともに8,800円の追加となります。

山中胃腸科病院は、直接撮影9,900円、胃カメラ15,400円の別途料金となります。

四日市羽津医療センターは、直接撮影11,132円、胃カメラ16,632円の別途料金となります。

\* (注3) 中京サテライトクリニック、みたき健診クリニック、

四日市消化器病センター、山中胃腸科病院、

四日市羽津医療センターは、胃カメラに振り替え可能です。

中京サテライトクリニックは、胃カメラ2,200円の別途料金となります。

みたき健診クリニックは、胃カメラ4,400円の別途料金となります。

山中胃腸科病院は、胃カメラ2,200円の別途料金となります。

四日市羽津医療センターは、胃カメラ5,500円の別途料金となります。

## 5. お申し込み方法とその後の手続き

- ①下記の健康診断受診申込書にご記入の上、FAX（059-354-3737）または 郵送（〒510-8501 四日市市諏訪町2番5号 四日市商工会議所 会員サービス課）にてお申し込みください。
- ②お申し込みをいただきましたら当所より「健康診断受診のご案内」をFAXにて送付させていただきます。
- ③当所からの「健康診断受診のご案内」が貴社へ到着後、受診希望医療機関へ直接予約の連絡をお願いします。
- ④予約が完了しましたら、医療機関から受診される方の問診票が送付されますので、各人でご記入いただき受診日には必ず持参していただきますようお願いいたします。
- ⑤受診料については、当日支払いと請求書による支払いと選択できるようになっておりますので、お申し込み時に選択いただきますようお願いいたします。
- ⑥健診結果は、後日、事業所宛で医療機関から送付されますので、受診者の方へお渡しいただきますようお願いいたします。
- ⑦当所「生命共済制度」ご加入の方 お1人様につき1,000円の割引分を後日、事業所へ振り込させていただきます。
- ⑧基本受診コース（㉞・㉟・㊱）と同時に、追加メニューを受診された方は、お1人様につき、1,000円の割引分を後日、事業所へ振り込させていただきます。

（切り取らず、この面をFAXください）

<b>四日市商工会議所 会員サービス課 行</b> 【FAXの場合】059-354-3737 【郵送の場合】〒510-8501 四日市市諏訪町2番5号	会 議 所 受 付 日
---	-------------

## 四日市商工会議所健康管理サービス事業 健康診断受診申込書

申込日                      年                      月                      日

貴事業所名			
住 所			
T E L		F A X	
ご担当者名		役 職 名	

1. 受診希望医療機関名をご記入ください
2. 受診予定年月をご記入ください 年                      月
3. 受診料の支払いについて（該当するほうに○印をつけてください。）    イ. 当日払い    ロ. 後日請求書により支払う
4. 受診される方を下記にご記入ください（太枠をご記入ください）

ふりがな			
受診者氏名	(男・女)	(男・女)	(男・女)
生年月日	大・昭・平    年    月    日	大・昭・平    年    月    日	大・昭・平    年    月    日
住 所			
連絡先TEL			
受診コース	㉞ ・ ㉟ ・ ㊱	㉞ ・ ㉟ ・ ㊱	㉞ ・ ㉟ ・ ㊱
追加メニュー	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ なし	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ なし	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ なし
胃 検 査	希望(有・無) バリウム・胃カメラ(口・鼻)	希望(有・無) バリウム・胃カメラ(口・鼻)	希望(有・無) バリウム・胃カメラ(口・鼻)
生命共済制度 <small>(注4)</small>	加 入 ・ 未加入	加 入 ・ 未加入	加 入 ・ 未加入
備 考 <small>(注5)</small>	コ ー ス ・                      □	コ ー ス ・                      □	コ ー ス ・                      □

\* (注4) (注5) この欄については商工会議所で記入します。

- 4名以上のお申し込みの場合は、当用紙をコピーしてご使用ください。
- 胃の直接撮影は、㉞コースには受診価格の中に含まれております。(みたき健診クリニックは胃カメラ4,400円の別途料金必要)