

健康診断の実施について

令和 8 年 8 月 1 8 日
北方町商工会

1. 日 程 令和 8 年 11 月 16 日（月） 受付：午前 9 時～午前 11 時 00 分

2. 場 所 北方町広域勤労青少年ホーム 軽運動室（北方町高屋条里 2 丁目 22 番地）

3. 健診コース

コース名		対象者	料金	検査項目
A	定期健康診断 （全項目）	国民健康保険または 健康保険協会加入者で 34 歳以下の方	8,800 円 （税込）	身体測定/尿検査/視力検査/ 血圧測定/胸部 X 線検査/ 医師診察/聴力検査/ 心電図検査/血液検査
B	生活習慣病予防健診 （協会けんぽ補助あり）	健康保険協会加入者で 35～75 歳	5,500 円 （税込）	A コースに加え 胃部 X 線検査/大腸がん 検査/血液検査（肝臓検査、 痛風検査）
C	若年者健診 （協会けんぽ補助あり）	健康保険協会加入者で 20・25・30 歳	2,500 円 （税込）	A コースに加え 血液検査（肝臓検査、痛 風検査）
追加健診		上記コースのいずれかを 受診する方 ※コースにより一部追加不可有	別紙の通り	別紙の通り ※追加件数により、多めに採 血させて頂く場合があります

※コースの当日変更はできません。お申込みの際には、健診項目をよくご確認の上お申込みください。

4. 申込期限 令和 8 年 9 月 25 日（金）

5. 申込方法

別紙「健康診断申込書」に必要事項をご記入の上、商工会へご提出ください。

6. 商工会助成金（商工会員のみ）

助成金基準	1 名あたり 1,000 円
	1 事業所 10 名まで

※受診料のお支払いが完了したことを確認した上で助成金を送金します。

「請求書」「振込依頼書」の写しを、令和 9 年 2 月 26 日（金）までに提出してください。

それ以降は助成金をお支払いすることができませんので、必ず期限内に提出してください。

裏面もご確認ください。

《追加検診項目》

番号	健康診断項目	健康診断内容	料金（税込）	追加可否		
				A	B	C
①	胃がん検診	胃部X線検査【デジタル撮影 8ショット】	6,600円	○	×	○
②	ピロリ菌検査	ヘリコバクターピロリ菌（血液中の抗体検査でピロリ菌の感染の有無を調べます）	1,100円	○	○	○
③	大腸がん検診	免疫便潜血反応検査（2回法）	1,650円	○	×	○
④	子宮頸がん検診	細胞診検査（自己採取）	2,750円	○	○	○
⑤	循環器検査	NT-proBNP（血液で心臓にかかる負荷度合を調べる検査・心不全など）	1,650円	○	○	○
⑥	腫瘍マーカー検査	CEA（大腸がん・胃がん・膵臓がん・肺がんなど）	1,650円	○	○	○
⑦		CA19-9（膵臓がん・胆道がんなど）	1,650円	○	○	○
⑧		AFP（肝臓がんなど）	1,650円	○	○	○
⑨		SCC（子宮頸がん・食道がん・肺がんなど）	1,650円	○	○	○
⑩		PSA（前立腺がん）	1,650円	○	○	○
⑪		CA125（卵巣がん・卵巣腫瘍など）	1,650円	○	○	○
⑫		シフラ（肺がんなど）	1,650円	○	○	○

【追加健診の申込方法】

別紙「健康診断申込書」に希望する追加項目の番号を記載してください。

健康診断申込書

令和 年 月 日

No.	氏名	フリガナ (必ずご記入 ください)	性別	生年月日	希望されるコースに○を 記入してください。			追加したい 検査項目番号を 記入	健康保険被保険者証 ※		
					A 一般健診	B 協会けんぽ (補助あり)	C 協会けんぽ (補助あり)		保険者番号	記号	番号
1				年 月 日							
2				年 月 日							
3				年 月 日							
4				年 月 日							
5				年 月 日							
6				年 月 日							
7				年 月 日							
8				年 月 日							
9				年 月 日							
10				年 月 日							

※協会けんぽを利用される方は、保険者番号・健康保険被保険者証記号・番号が必要になります。

※多国籍言語の問診票解説文を用意します。英語、中国語、ポルトガル語、ベトナム語の中からお選びください。



_____語版 _____枚

個人情報に関するお取り扱いについて

- 1 個人情報の利用目的…健康診断業務
- 2 個人情報の管理と提供…適切な安全対策のもとに保管・管理を行い、本人の承諾なく第三者への提供は致しません。

■商工会助成金の振込先

金融機関名		支店名	
預金種類	当 ・ 普	口座番号	
フリガナ 名義			

住所 _____

事業所名 _____

代表者名 _____ 印

電話番号 _____