

〈申込締切日 8月10日(水)〉

令和4年度

# 生活習慣病健診と定期健康診断のお知らせ

鎌倉商工会議所

鎌倉商工会議所では、事業主や従業員の方々の健康管理にお役立て頂けるように、生活習慣病健診並びに定期健康診断を実施致します。この健診は、労働安全衛生規則に基づく定期健康診断であるとともに、特定健診にも対応していますので、職場の健康管理にも最適です。この機会にぜひ受診されますようおすすめ致します。

◆ 日 程 \*新型コロナウイルスの感染拡大状況により中止となる場合があります。ご了承ください。

| 健 診 日                         | 時 間                                                               | 会 場                               |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 9月5日〈月〉<br>※ <del>8日〈木〉</del> | 午前 [B健診] 大船 9時30分～12時00分<br>鎌倉 9時00分～12時00分<br>※11時15分 受付終了になります。 | 大船会場<br>鎌倉芸術館<小ホール><br>鎌倉市大船6-1-2 |
| 9月6日〈火〉                       | 午後 [A健診] 13時00分～15時30分<br>※15時00分 受付終了になります。                      | 鎌倉会場<br>鎌倉商工会議所<br>鎌倉市御成町17-29    |

※9月8日〈木〉の健診は、中止になりました。

## ◆ 申込方法

裏面の申込書に必要事項をご記入の上、8月10日(水)までにFAXまたは郵送にてお申込み下さい。  
なお、申込書に書ききれない場合はお手数ですが、コピーでご対応下さい。

※健診必要書類は、健診日より1週間前までに事業所に郵送される予定です。届かない場合は、鎌倉商工会議所(TEL 23-2562)に健診日の3日前まで(土・日を除く)にご連絡ください。

健診日は受付順になりますので、お早めにお申込み下さい。(各健診日 定員90名)

希望者が多い健診日は変更させていただく場合がありますのでご了承ください。

※健診受付時間は、健診がスムーズに行なわれるように男性・女性別に分けさせていただきます。  
(受診票に印字された受付時間を目安にお越し下さい。)

## ◆ お問い合わせ先

主 催 鎌倉商工会議所

〈本所〉 鎌倉市御成町17-29 TEL 23-2562  
FAX 25-0900

提携先 一般財団法人 神奈川県労働衛生福祉協会  
鎌倉商工会議所 係  
大和市大和東3-10-18 TEL 046-262-8155

協賛団体 神奈川県福祉共済協同組合  
横浜市中区元浜町4-32 TEL 045-228-0774

～令和3年度よりご自身で請求手続きが必要となりました～

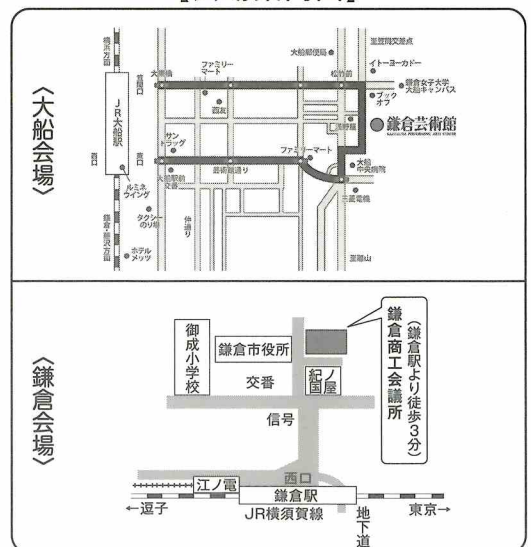
◆ 健診料金補助制度：2,000円(1加入者、年1回)

神奈川県福祉共済協同組合の共済制度のご加入者は健診料金補助制度をご利用いただくことができます。  
健診受診後すみやかに上記まで電話連絡のうえ、補助金請求手続きを行っていただきますようお願いいたします。  
詳細については神奈川県福祉共済協同組合へお問合せください。

※個人情報保護について 今回の健診に関する必要情報につきましては、第三者への漏洩なきよう厳重に管理致しますが、実施に際しましては、鎌倉商工会議所、(一財)神奈川県労働衛生福祉協会、神奈川県福祉共済協同組合はこの情報を共有させて頂いております。何卒ご了承ください。

## 【会場案内図】

※会場には駐車場はございません



# ◆ 健診項目・料金

(心臓病, 脳卒中, 糖尿病, 腎臓病, 高血圧症, がん早期発見)

■ 定期健康診断 (A健診) (法令に定めるもの) ■ 生活習慣病健診 (B健診) (定期健康診断を含みます)

| 種類                         | 健 診 項 目                                                                                                                                                                                                                                               | 料 金         |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 定期健康診断<br>(特定健診対応)<br>A健診  | 胸部X線デジタル撮影, 身長・体重〈肥そう度〉, 体脂肪率・視力・聴力<br>血圧・検尿〈糖, 蛋白, 潜血〉・心電図検査・血液検査・腹囲測定<br>医師による問視診                                                                                                                                                                   | 会 員 9,200円  |
|                            | 血液検査 <ul style="list-style-type: none"> <li>肝機能検査〈GOT (AST), GPT (ALT), <math>\gamma</math>-GTP (<math>\gamma</math>-GT)〉</li> <li>血中脂質検査〈中性脂肪, LDL コレステロール, HDL コレステロール〉, 総コレステロール</li> <li>貧血検査〈赤血球数, 血色素量〉</li> <li>糖尿病検査〈空腹時血糖・Hb Alc〉</li> </ul> | 非会員 10,200円 |
| 生活習慣病健診<br>(特定健診対応)<br>B健診 | A 健 診 項 目 及 び 下 記 項 目                                                                                                                                                                                                                                 |             |
|                            | 消化器検査 胃・十二指腸X線撮影, 大腸検査 (便潜血2回法)                                                                                                                                                                                                                       |             |
|                            | 呼吸器検査 胸部X線デジタル撮影                                                                                                                                                                                                                                      |             |
|                            | 循環器検査 血圧, 心電図, LDL コレステロール, 中性脂肪, HDL コレステロール, 眼底カメラ, 総コレステロール                                                                                                                                                                                        | 会 員 18,400円 |
|                            | 肝機能検査 GOT (AST), GPT (ALT), $\gamma$ -GTP ( $\gamma$ -GT), A/G 比, 総蛋白, T-BIL, AL-P, LDH                                                                                                                                                               |             |
|                            | 貧血検査 全血比重, 赤血球数, 白血球数, 血色素量                                                                                                                                                                                                                           |             |
|                            | 腎機能検査 尿中蛋白, 尿素窒素, 尿酸, 尿潜血, クレアチニン, e-GFR                                                                                                                                                                                                              | 非会員 22,400円 |
|                            | 糖尿病検査 尿中糖, 空腹時血糖, Hb Alc                                                                                                                                                                                                                              |             |
|                            | 医師面接 医師による問視診                                                                                                                                                                                                                                         |             |
|                            | 計 測 腹囲測定                                                                                                                                                                                                                                              |             |

|                             |                                               |                          |        |
|-----------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------|--------|
| オプ<br>シ<br>ョ<br>ン<br>検<br>査 | (注) オプション検査のみの受診はできません。A健診またはB健診と併せてお申し込み下さい。 |                          |        |
|                             | ① 超音波検査                                       | 腹部エコー検査〈肝臓・胆のう・腎臓・膵臓・脾臓〉 | 4,200円 |
|                             | ② 前立腺がん検査                                     | 血液検査〈P・S・A〉              | 2,700円 |
|                             | ③ 肺がん検査                                       | 胸部X線検査〈胸部X線2方向〉          | 1,200円 |

\* 料金 (消費税含む) は健診当日のお支払いになります。

\* お申込みはこちらの健診申込書をFAX、または郵便にてご送付下さい。

※9月8日〈木〉の健診は、中止になりました。

鎌倉商工会議所 健診係 行  
FAX: 0467 (25) 0900

## 健 診 申 込 書

★申し込み締切日 8月10日(水)  
(各日定員になり次第受付締切)

|       |     |                |                              |                         |         |  |
|-------|-----|----------------|------------------------------|-------------------------|---------|--|
| 事業所名  |     |                |                              | 電 話                     |         |  |
| 所在地   | 〒 - |                |                              | F A X                   |         |  |
|       |     |                |                              | 担 当 者 名                 |         |  |
| 受診者氏名 | 性別  | 生 年 月 日        | コ ー ス                        | 受 診 希 望 日 9 月           |         |  |
|       |     |                | オプション                        | 鎌倉芸術館                   | 鎌倉商工会議所 |  |
| フリガナ  | 男・女 | 昭和 年 月 日<br>平成 | コース<br>A・B<br>オプション<br>1・2・3 | 5日(月)・ <del>8日(木)</del> | 6日(火)   |  |
| フリガナ  | 男・女 | 昭和 年 月 日<br>平成 | コース<br>A・B<br>オプション<br>1・2・3 | 5日(月)・ <del>8日(木)</del> | 6日(火)   |  |
| フリガナ  | 男・女 | 昭和 年 月 日<br>平成 | コース<br>A・B<br>オプション<br>1・2・3 | 5日(月)・ <del>8日(木)</del> | 6日(火)   |  |
| フリガナ  | 男・女 | 昭和 年 月 日<br>平成 | コース<br>A・B<br>オプション<br>1・2・3 | 5日(月)・ <del>8日(木)</del> | 6日(火)   |  |
| フリガナ  | 男・女 | 昭和 年 月 日<br>平成 | コース<br>A・B<br>オプション<br>1・2・3 | 5日(月)・ <del>8日(木)</del> | 6日(火)   |  |

※希望コース・健診日は必ずご記入下さい。

用紙が足りない場合は、お手数ですが、コピーでご対応下さい。

※健診受付時間は男性・女性別に分けさせていただきます。

AM: B健診 PM: A健診