



# 平成 29 年度 健康診断のご案内

主催：神戸商工会議所 / 実施機関：一般財団法人 京都工場保健会 神戸健診クリニック

神戸商工会議所では、会員事業所の役員・従業員の病気予防・健康増進を目的とした健診サービスを実施します。労働安全衛生法に定められた定期健康診断や、生活習慣病健診、腹部・胃部の専門健診など、様々なコースをご用意しております。

## ● 受診期間

**平成 29 年 4 月 3 日 (月) ~ 平成 30 年 3 月 30 日 (金)**

平日 (一部除く) と特定の土曜・日曜日

## ● 受診対象

神戸商工会議所会員事業所および生命共済制度加入事業所の役員・従業員

## ● 実施機関

一般財団法人 京都工場保健会 神戸健診クリニック

神戸市中央区元町通 2 丁目 8 番地 1 4 オルタンシアビル 3・4 階

JR・阪神「元町駅」徒歩 3 分

便利で快適!

**常設施設健診  
通年受診可能**

ご予約はお早めに

## 平成 29 年 4 月よりサービス内容を大幅リニューアル!

- ・元町駅徒歩 3 分、アクセス便利で、上質の健診サービス
- ・年間を通じて受診可能、一部の土曜・日曜日も対応
- ・大腸がん健診など、豊富なオプションメニューをご用意
- ・お支払いは、当日現金・クレジットカード・銀行振込より選択可能

※本サービスは、従来、春・秋にご案内していた健診事業をリニューアルしたものです。

## 京都工場保健会 神戸健診クリニックのご紹介

ゆったりとした雰囲気と高い健診精度を併せ持つ京都工場保健会 神戸健診クリニック。神戸市内各地からアクセスに便利な「元町駅」より徒歩 3 分、落ち着いたエントランス、笑顔でお出迎え、ホテルをイメージした雰囲気の中で、ゆったりと健診を受けていただけます。いっとき、ご自身の健康と静かに安心して向き合っていただける機関です。



➡➡ サービスの詳細は中面をご覧ください ➡➡

# 1. コース・検査項目

コース名		A	B	C	D	E	
		定期健康診断	生活習慣病健診	定期健康診断 + 生活習慣病診断	腹部超音波検査	腹部超音波検査 + 胃部X線検査	
検査項目							
動脈硬化度測定			○	○			
眼底（両眼）検査			○	○			
心電図検査		○	○	○			
血圧測定		○	○	○	○	○	
尿検査（蛋白・糖・潜血）		○	○	○	○	○	
胸部エックス線検査		○		○			
身長・体重・腹囲測定・BMI		○	○	○			
視力・聴力測定		○		○			
内科診察		○	○	○			
血液検査	血清脂質	LDL コレステロール	○	○	○	○	○
		HDL コレステロール	○	○	○	○	○
		中性脂肪	○	○	○	○	○
	肝臓機能	総蛋白		○	○	○	○
		AST (GOT)	○	○	○	○	○
		ALT (GPT)	○	○	○	○	○
		γ-GTP	○	○	○	○	○
		ALP		○	○	○	○
		A/G 比		○	○		
		ZTT		○	○		
	腎臓機能	アルブミン		○	○		
		尿素窒素		○	○		
		クレアチニン		○	○	○	○
		尿酸		○	○	○	○
	膵臓機能	アミラーゼ		○	○	○	○
	糖尿病	空腹時血糖	○	○	○	○	○
	貧血	赤血球数	○	○	○	○	○
		白血球数		○	○	○	○
血色素量		○	○	○	○	○	
ヘマトクリット値			○	○			
腹部超音波検査	3臓器（肝臓・胆のう・じん臓）				○	○	
胃部X線検査					○		

## 【オプション検査】

大腸がん検査	大腸がんは男女共40歳を過ぎると、年齢とともに罹患率が増加する傾向にあります。本検査はスティックで便の表面をこすり取って容器に入れるだけのため、体への負担はありません。
--------	--

腫瘍マーカー検査、ピロリ菌検査などは、受診当日にお申込みいただけます。

詳しくは、お申込後に発送する「健診のしおり」に同封の「オプション検査のご案内」をご確認ください。

☆ご存じですか??

労働安全衛生法第66条に基づき、事業者は常時使用する労働者に対して、1年に1回（特定業務従事者を除く）、医師による健康診断の実施が義務付けられており、本サービスではAコース・Cコースが対応しています。

## 2. 受診料

☆神戸商工会議所の生命共済制度にご加入の事業所は割安な料金で受診いただけます☆ (1名あたり・税込)

	Aコース	Bコース	Cコース	Dコース	Eコース
会員事業所	① 7,700円	② 13,900円	③ 16,500円	④ 7,600円	⑤ 11,800円
生命共済制度 加入事業所	⑥ 5,300円	⑦ 9,500円	⑧ 11,500円	⑨ 3,600円	⑩ 5,700円

※生命共済制度加入事業所料金の適用は、お1人様につき年間2回までとさせていただきます。

### 【オプション検査】

大腸がん検査	1,620円 (税込)
--------	-------------

## 3. お申込みから受診までの流れ

### ① 申込方法について

本パンフレットの「申込書」に必要事項を記入の上、健診機関までFAXまたは郵送にてお申込み下さい。(WEB予約は不可)  
なお、**お申込みは、受診希望日の3週間前まで**にお願いします。

また、お申込みは先着順で受付いたしますが、ご希望の日程に空きがない場合は、健診機関より別日程をご案内させていただきます。(5月・9月は予約が集中いたします)

※健康保険組合様等の補助制度はご利用できません

FAXでのお申込み 078-393-8130 (神戸健診クリニック)

〒650-0022  
神戸市中央区元町通2丁目8番地14  
オルタンシアビル5階  
「神戸健診クリニック 商工会議所健診係」

### ② 健診日のご案内について

お申し込みから**1~2週間程度**で、受診日や検査内容を記載した「健診のしおり」と「問診票」を、事業所へ郵送いたします。  
オプション健診については、健診のしおりに同封の「オプション検査のご案内」をご確認ください。

### ③ お支払いについて

申込書にて支払方法〔窓口(現金・クレジットカード)または銀行振込〕を**事業所単位で選択**して下さい。  
なお、銀行振込を選択された事業所には受診終了後、請求書を郵送いたしますので、指定口座にご入金ください。  
(振込手数料は事業所にてご負担下さい)

### ④ 健診時の注意事項について

「問診票」を事前にご記入の上、忘れずにお持ちください。  
なお、コースによって食事制限がありますので、予め「健診のしおり」をご確認ください。

### ⑤ 健診結果について

受診後、約3週間で健診機関から事業所に郵送いたしますので、担当者様よりお受け取りください。

### お問合せ先

- 健診サービスの内容・申込について  
神戸健診クリニック 商工会議所健診係 TEL: 078-326-2430
- 神戸商工会議所会員・生命共済制度への加入について  
神戸商工会議所(共済担当) TEL: 078-303-5809

# 申 込 書

申込日：平成 年 月 日

太枠内を記入の上、FAXまたは郵送にてお申込み下さい。

- ・受診人数が11名以上の場合は、申込書をコピーしてご記入下さい。
- ・ご記入いただいた個人情報は、神戸商工会議所および神戸健診クリニックによる受診票・健診結果報告書の作成、次年度の健診サービスのご案内にのみ使用します。

事業所名			申込担当者名		
事業所所在地	〒 ー				
T E L	( )	ー			
F A X	( )	ー			
生命共済制度加入	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	支払方法	<input type="checkbox"/> 窓口（現金・クレジットカード） <input type="checkbox"/> 銀行振込	

	受診コース	受診者名 <small>フリガナ</small>	性別	生年月日 (和暦または西暦)	受診希望日※			大腸がん検診 (希望者のみ)	
					第1	第2	第3		
1	A・B・C・D・E	フリガナ	男・女	昭和 平成 西暦	年 月 日	/	/	/	有・無
2	A・B・C・D・E	フリガナ	男・女	昭和 平成 西暦	年 月 日	/	/	/	有・無
3	A・B・C・D・E	フリガナ	男・女	昭和 平成 西暦	年 月 日	/	/	/	有・無
4	A・B・C・D・E	フリガナ	男・女	昭和 平成 西暦	年 月 日	/	/	/	有・無
5	A・B・C・D・E	フリガナ	男・女	昭和 平成 西暦	年 月 日	/	/	/	有・無
6	A・B・C・D・E	フリガナ	男・女	昭和 平成 西暦	年 月 日	/	/	/	有・無
7	A・B・C・D・E	フリガナ	男・女	昭和 平成 西暦	年 月 日	/	/	/	有・無
8	A・B・C・D・E	フリガナ	男・女	昭和 平成 西暦	年 月 日	/	/	/	有・無
9	A・B・C・D・E	フリガナ	男・女	昭和 平成 西暦	年 月 日	/	/	/	有・無
10	A・B・C・D・E	フリガナ	男・女	昭和 平成 西暦	年 月 日	/	/	/	有・無

	Aコース	Bコース	Cコース	Dコース	Eコース	合計
会員事業所	① 7,700円 × 名	② 13,900円 × 名	③ 16,500円 × 名	④ 7,600円 × 名	⑤ 11,800円 × 名	
	円	円	円	円	円	
生命共済制度 加入事業所	⑥ 5,300円 × 名	⑦ 9,500円 × 名	⑧ 11,500円 × 名	⑨ 3,600円 × 名	⑩ 5,700円 × 名	円
	円	円	円	円	円	

※受診希望日について

- ・受診希望日は平成29年4月3日から平成30年3月30日までの日付をご記入下さい。
- ・土曜、日曜の受診については、クリニック休診日以外をご記入下さい。  
休診日の詳細は神戸健診クリニックHPにてご確認ください。(http://www.kobekenshin.jp/)
- ・以下は、商工会議所専用日のため、ご予約頂きやすい日程となっております。

**4/15(土)午前、4/19(水)午後、4/27(木)午後、11/18(土)午前、12/3(日)午前**