



2020 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・従業員の健康増進を目的に健康診断を実施しています。法定の定期健康診断をはじめ、婦人科検査などオプション検査もごございます。当所生命共済制度加入事業所には、受診料補助による大幅割引もごございますので、是非ご活用下さい。

受診日

受診者のご都合の良い日をお選びいただけます。

受診期間：2020年4月～2021年3月の平日（一部除く）と特定の土日

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

便利で快適！

男女別フロア※で
通年受診可能

ご予約はお早めに

- ・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
- ・婦人科検査など、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・後日銀行振込より選択可能（※土日は男女混合の場合があります）

京都工場保健会 神戸健診クリニックのご紹介

アクセスのよい元町駅前にある常設の健診機関
快適な受診環境と高い検査精度をご提供します

神戸市中央区元町通2丁目8番地14 オルタンシアビル3・4階
JR・阪神「元町駅」徒歩3分



➡➡ 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		労働安全衛生法対応			D	
		A	B	C		
検査項目			定期健康診断	定期健康診断 + 生活習慣病健診 (眼底・動脈硬化測定)	定期健康診断 + 生活習慣病健診 (胃 XP・便検査)	腹部超音波検査
	動脈硬化度測定				○	
眼底（両眼）検査				○		
心電図検査		○	○	○		
尿検査（蛋白・糖・潜血・ウロビリノーゲン）		○	○	○	○	
胸部エックス線検査		○	○	○		
身長・体重・BMI・視力・血圧測定		○	○	○	○	
聴力・腹囲測定		○	○	○		
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	○	○	○	○
		総コレステロール		○	○	○
	肝臓機能	総蛋白		○	○	○
		AST (GOT)	○	○	○	○
		ALT (GPT)	○	○	○	○
		γ-GTP	○	○	○	○
		ALP		○	○	○
		A/G 比		○	○	○
		アルブミン		○	○	○
	腎臓機能	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・腎臓）				○	
胃部X線検査				○		
便2回法				○		

※キャンセル項目が発生いたしましても受診料の減額はございません。

☆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います。

本サービスではAコース・Bコース・Cコースが対応しています。

2. 受診料

☆当所の生命共済制度にご加入の事業所は補助により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
通常価格	10,978 円	17,315 円	23,935 円	9,676 円
会員事業所	① 7,800 円	② 16,800 円	③ 23,400 円	④ 7,700 円
生命共済制度 加入事業所	⑤ 5,300 円	⑥ 11,700 円	⑦ 18,300 円	⑧ 3,600 円

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

【健診コースについて】

A コース

法定項目を満たした、基本的な健康診断コースです。

B コース

A コースに生活習慣病の検査（眼底・動脈硬化測定）を追加したコースです。

C コース

A コースに生活習慣病の検査（胃エックス線検査・便検査）を追加したコースです。

35歳以上の方におすすめの検査となります。

※胃内視鏡検査への変更希望の方は、別途 6,600 円（税込）必要となります。

D コース

腹部エコーを基本とした検査コースです。定期健康診断をご受診後のオプション検査としてお使いください。

【オプション検査】

(1名あたり 税込)

	検査名	検査項目	会員事業所	生命共済制度加入	おすすめしたい方
大腸がん 検診	便検査 2 回法	便検査 2 回法	1,650 円	1,500 円	大腸がんは男女共 40 歳を過ぎると罹患率が増加しはじめ、年齢とともに増加傾向にあります。 検査としてはスティックで便の表面をこすりとりて容器に入れるだけの簡単検査で体への負担が少ない検査となっております。
骨密度 検診	超音波測定	踵骨 超音波測定	2,200 円	2,000 円	《骨粗しょう症が気になる方》 骨の強さを調べます。ダイエットや出産経験のある方、運動不足の方、たばこやアルコールの習慣のある方などにおすすめします。 若い世代の女性の方も一度は調べることをおすすめします。
肺がん 検診	肺 CT	肺 CT 検査	11,000 円	9,500 円	肺がんやその他の肺の病気を調べます。 たばこをよく吸う方やそのご家族、咳や痰、息切れが気になる方におすすめします。CT 検査では、胸部 X 線で発見しにくい小さな肺がんを見つけることができます。
子宮がん 検診	子宮頸部 細胞診	子宮視触診 子宮頸部細胞診	6,050 円	5,500 円	《子宮がんが気になる方》 子宮頸がんは細胞診で早期発見が可能です。
乳がん 検診	乳房超音波	超音波検査	4,400 円	4,000 円	20 代、30 代の方は超音波検査をおすすめします。
	マンモ グラフィ	X 線検査 (1 方向)	4,400 円	4,000 円	小さなガンを早期発見できます。 40 歳以上は 2 方向、50 歳以上は 1 方向での検査をおすすめします。
X 線検査 (2 方向)		5,500 円	5,000 円		

※腫瘍マーカー検査などは、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「健康のしおり」に同封の「オプション検査のご案内」をご確認ください。

3. お申込みから受診までの流れ

① 申込方法について

別添の「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)



郵送でのお申込み

〒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8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」をご確認下さい。

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、後日請求書(月毎)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： 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8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、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、今後の健康診断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※			備 考
					第1	第2	第3	
1	A・B・C・D	フリガナ	男・女	昭和 平成 西暦 年 月 日	/	/	/	
※希望するオプション検査に○をしてください。(その他の検査を希望の場合は備考欄に記入願います) 大腸がん検診 ・ 骨密度検査 ・ 肺 CT 検査 ・ 子宮がん検診 ・ 乳房超音波検査 ・ 乳房マンモグラフィー1方向 ・ 乳房マンモグラフィー2方向								
2	A・B・C・D	フリガナ	男・女	昭和 平成 西暦 年 月 日	/	/	/	
※希望するオプション検査に○をしてください。(その他の検査を希望の場合は備考欄に記入願います) 大腸がん検診 ・ 骨密度検査 ・ 肺 CT 検査 ・ 子宮がん検診 ・ 乳房超音波検査 ・ 乳房マンモグラフィー1方向 ・ 乳房マンモグラフィー2方向								
3	A・B・C・D	フリガナ	男・女	昭和 平成 西暦 年 月 日	/	/	/	
※希望するオプション検査に○をしてください。(その他の検査を希望の場合は備考欄に記入願います) 大腸がん検診 ・ 骨密度検査 ・ 肺 CT 検査 ・ 子宮がん検診 ・ 乳房超音波検査 ・ 乳房マンモグラフィー1方向 ・ 乳房マンモグラフィー2方向								
4	A・B・C・D	フリガナ	男・女	昭和 平成 西暦 年 月 日	/	/	/	
※希望するオプション検査に○をしてください。(その他の検査を希望の場合は備考欄に記入願います) 大腸がん検診 ・ 骨密度検査 ・ 肺 CT 検査 ・ 子宮がん検診 ・ 乳房超音波検査 ・ 乳房マンモグラフィー1方向 ・ 乳房マンモグラフィー2方向								
5	A・B・C・D	フリガナ	男・女	昭和 平成 西暦 年 月 日	/	/	/	
※希望するオプション検査に○をしてください。(その他の検査を希望の場合は備考欄に記入願います) 大腸がん検診 ・ 骨密度検査 ・ 肺 CT 検査 ・ 子宮がん検診 ・ 乳房超音波検査 ・ 乳房マンモグラフィー1方向 ・ 乳房マンモグラフィー2方向								
6	A・B・C・D	フリガナ	男・女	昭和 平成 西暦 年 月 日	/	/	/	
※希望するオプション検査に○をしてください。(その他の検査を希望の場合は備考欄に記入願います) 大腸がん検診 ・ 骨密度検査 ・ 肺 CT 検査 ・ 子宮がん検診 ・ 乳房超音波検査 ・ 乳房マンモグラフィー1方向 ・ 乳房マンモグラフィー2方向								
7	A・B・C・D	フリガナ	男・女	昭和 平成 西暦 年 月 日	/	/	/	
※希望するオプション検査に○をしてください。(その他の検査を希望の場合は備考欄に記入願います) 大腸がん検診 ・ 骨密度検査 ・ 肺 CT 検査 ・ 子宮がん検診 ・ 乳房超音波検査 ・ 乳房マンモグラフィー1方向 ・ 乳房マンモグラフィー2方向								

※受診希望日について

・受診希望日は2020年4月1日から2021年3月19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/)