

事業主各位

生活習慣病予防健診のご案内

・全国健康保険協会加入の方を対象に健診を実施いたします

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、全国健康保険協会加入の方を対象に下記の通り健診を実施致しますので、この機会に受診されますようにご案内致します。

今回受診可能な方

- ① 74歳～35歳までの方 昭和25年4月2日～平成2年4月1日に生まれた方
75歳を迎える方 昭和24年4月2日～昭和25年4月1日
生まれの方は、誕生日前日まで受診可能。
- ② 全国健康保険協会加入者

●実施日・会場

令和6年7月19日(金) 栗原文化会館 (栗原市築館)

令和6年9月4日(水) 迫公民館 (登米市迫町)

令和6年9月10日(火) みちのく伝創館 (栗原市栗駒)

令和6年9月24日(火) 一迫活性化センター (栗原市一迫)

*都合により実施日・会場が変更になる場合もありますので、ご了承願います。



●時間

9:00～11:00 (受付)

●受診料 (消費税込)

5,282円 ●胸部直接・胃部直接 (受診料は後日ご請求します)

●申込み締切日

7/19 ⇒ 5月31日 (金) まで

9/4/9/10/9/24 ⇒ 7月31日 (水) まで

●申込定員数

各50名

●食事

前日の夕食は、消化のよいものを取り、午後9時以降から当日の検査終了まで食事は一切とらないで下さい。

(水、たばこ、お茶、コーヒー、飴、ガム類も同様です)

●健診内容

診察、身体測定、血圧測定、尿検査、便潜血反応検査、血液検査、胸部レントゲン検査 (直接撮影)、胃部レントゲン検査 (直接撮影)

●申込先・方法

郵送・FAXで下記協会までお申し込み下さい。

〒989-4521 栗原市瀬峰下田50-1

TEL0228-38-2110

(公社) 宮城労働基準協会瀬峰支部

FAX0228-38-2140

生活習慣病予防健診のご案内

【受診は午前のみです】

協会けんぽに加入されている事業所様には、検査項目が増え、補助を受けられる生活習慣病予防健診をおすすめしております。
補助の対象は、年度内の35歳～74歳の被保険者です。

◆定期健康診断との検査項目比較

●印検査が増えます

検査項目			定期健診A	生活習慣病 予防健診
計測 診察	計測	身長	○	○
		体重	○	○
		BMI	○	○
		腹囲	○	○
	視力	○	○	
	聴力	○	○	
	血圧	○	○	
	診察	○	○	
血液 検査	脂質	総コレステロール		●
		中性脂肪(トリグリセライド)	○	○
		HDL-コレステロール	○	○
		LDL-コレステロール	○	○
	肝機能	GOT (AST)	○	○
		GPT (ALT)	○	○
		γ-GTP (γ-GT)	○	○
		ALP (アルカリフォスファターゼ)		●
	血液 一般	赤血球数 (R)	○	○
		血色素量 (Hb)	○	○
		白血球数 (W)		●
		ヘマトクリット値 (Ht)		●
	代謝系	空腹時血糖又はHbA1c	○	○
		尿酸 (UA)		●
腎機能		血清クレアチニン (CRE)		●
尿検査	尿一般	尿蛋白	○	○
		尿潜血		●
	代謝系	尿糖	○	○
心電図検査			○	○
胸部X線検査			○	○
胃部X線検査				●
便潜血反応検査				●
健診料金(消費税込)			9,460円 会員(9,240円)	5,282円

* 協会けんぽの以外の健康保険組合加入の方は、18,865円(消費税込)の実費

健診実施機関：公益財団法人 宮城県結核予防会

公益社団法人 宮城労働基準協会

【健康診断申込書】

公益社団法人 宮城労働基準協会
 ※申込先支部に○をつけて下さい
 石巻・大河原・気仙沼

CD: _____

受診事業場 様 所在地: 〒 _____ 様

担当: _____ 様
 瀬峰・仙台・古川

受診票送付先 〒 _____ 様
 結果送付先 〒 _____ 様
 請求書送付先 〒 _____ 様

tel: _____ fax: _____

健康診断日: _____ 人
 健康会場名: _____

※在籍の無い方は退職転勤欄に○、在籍があり受診しない方は受診なしに○

No	退職 転勤 なし	健康保険証		受診者 ID	氏名	フリガナ	性別	生年月日	年齢	健康診断	健診コース		実費	特殊健診・オプション	備考
		保険者番号	記号								番号	記号			
1										定期 健康診断	年 2 回 目 受 診	生 活 習 慣 病	生 活 習 慣 病	有 機 溶 剤 オ プ シ ヨ ン	
2														じん 肺	
3														特 化 物	
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															

◆申込みされる方の ①氏名 ②フリガナ ③性別 ④生年月日 を記入ください。
 ◆生活習慣病健診を申込みの方は、健康保険証情報は必須です。定期健康診断の方も記入をお願いします。
 ◆特殊健康診断を受診される場合、希望する項目に○をつけ、補足を余白に記入ください。
 例) 石綿、鉛、じん肺 等
 ◆有機溶剤を受診される場合、希望する項目に○をつけ、溶剤番号、溶剤名を余白に記入ください。
 例) ①アセトン、③イソプロピルアルコール 等

希望する項目に○をつけて下さい。
 特殊健診・オプション等は、左記を
 参照の上補足を記入ください。