

静岡商工会議所 2025年度 健康診断のご案内 **静岡版**

静岡商工会議所では、「健康診断健診料の補助」を実施しています。

実施期間：2025年 4月 14日(月)～
2026年 3月 19日(木)

予約受付：2025年 3月 24日(月)～

裏面「受診申込書」を健診センター MEDIOへFAXしてください。
※Eコース(静岡市国民健康保険の特定健康診断)申し込みの場合は
受診券がお手元に届いてからの受付となります。

健診会場
お問合せ先

一般社団法人 静岡市静岡医師会
医師会健診センターMEDIO
静岡市葵区呉服町1-20 呉服町タワー2F
TEL：054-273-1921
FAX：054-273-2126
(電話受付時間/平日 8:30～17:00 土曜日 8:30～12:00)

健診料の補助額について

- 受診対象者：事業所の役員・従業員
 - 受診者1名につき1,000円(簡易健診・協会けんぽ一般健診・付加健診は500円)
 - 会員かつ生命共済制度加入
 - 1名につき2,000円(簡易健診・協会けんぽ一般健診・付加健診は1,000円)
- の補助券がご利用いただけます。(料金表参照)

※補助券のご利用は一人様 年1回でお願いします

※実施項目・お申し込みから受診までの流れは、中面をご覧ください。

保険 種別	コース	健 診 名	検査の内容 ・ 受診対象年齢	一般料金 (税込)	補助券ご利用後の料金(税込)	
					会員事業所・ 一人親方の方※	生命共済加入者
健保 組合 など に 加入 の方	A	簡易健診	労働安全衛生規則(定期健康診断)第44条に基づく内容です。 ※こちらのコースは、産業医や嘱託医など「医師」が必要で ないと認め、項目を省略した場合にお申し込みください。	5,500円	500円補助 5,000円	1,000円補助 4,500円
	B	定期健診	労働安全衛生規則(定期健康診断)第44条に基づく 内容です。年齢・加入健保の種類を問わず、 どなたでも ご受診いただけます。	9,900円	1,000円補助 8,900円	2,000円補助 7,900円
	C	生活習慣病健診	年齢・加入健保の種類を問わず、 どなたでも ご受診 いただけます。	19,800円	1,000円補助 18,800円	2,000円補助 17,800円
	D	人間ドック	年齢・加入健保の種類を問わず、 どなたでも ご受診 いただけます。	41,800円	1,000円補助 40,800円	2,000円補助 39,800円
国 保	E	特定健診 人間ドック	静岡市国民健康保険の特定健康診断を受診される方で 40～74歳の方が対象です。特定健診の受診券が必要です。 *金額は年齢により異なります。*2024年度現在の予定料金です。	27,800円	1,000円補助 26,800円	2,000円補助 25,800円
協会 けんぽ に 加入 の方	F	協会けんぽ 一般健診	協会けんぽに加入ご本人で35歳～74歳の方が 対象です。	5,282円	500円補助 4,782円	1,000円補助 4,282円
	G	協会けんぽ 付加健診	協会けんぽ加入ご本人で、一般健診を受診する 40、45、50、55、60、65、70歳の方が対象 となります。	7,971円	500円補助 7,471円	1,000円補助 6,971円
	H	協会けんぽ ミニドック	協会けんぽ一般健診を受診される方が対象です。 (Gコースと同等の検査項目のため、上記の年齢以 外の方が対象です。)	17,712円	1,000円補助 16,712円	2,000円補助 15,712円
	I	協会けんぽ 人間ドック	協会けんぽ一般健診を受診される方が対象です。 Dコースの「人間ドック」と同等の検査項目を、協会けんぽ の補助部分を利用してご受診いただけます。	28,217円	1,000円補助 27,217円	2,000円補助 26,217円

※新生命共済にご加入の特定商工業者の方は、一般会員と同じ補助額となります。(2025年9月～)

補助券申込書：下記に必要事項を記入し、このページを健診前に静岡商工会議所へFAXしてください。
補助券を希望枚数分発送いたします。

静岡商工会議所 会員サービス課 行

FAX：054-253-5257

● 貴社名： _____ ● 〈静岡〉 補助券希望枚数 _____ 枚

● ご住所： 〒 _____ 市 _____ 区 _____

● お電話： _____ ● ご担当者様： _____

商工会議所健診コースと項目

項目 / コース	労働安全衛生規則に基づく		生活習慣病	人間ドック	国保特定健診	協会けんぽ加入			
	簡易健診	定期健診	健診		人間ドック	一般健診	付加健診	ミニドック	人間ドック
	A(※1)	B	C	D	E	F	G	H	I
診察(理学的所見)	●	●	●	●	●	●	●	●	●
問診(服薬歴及び喫煙習慣を含む)	●	●	●	●	●	●	●	●	●
計測等	身長・体重・標準体重・BMI	●	●	●	●	●	●	●	●
	腹囲測定		●	●	●	●	●	●	●
	血圧測定	●	●	●	●	●	●	●	●
	視力検査・聴力検査	●	●	●	●	●	●	●	●
脂質	総コレステロール		●	●	●	●	●	●	●
	HDL-C		●	●	●	●	●	●	●
	LDL-C		●	●	●	●	●	●	●
	non-HDL		●	●	●	●	●	●	●
	中性脂肪		●	●	●	●	●	●	●
肝機能	AST(GOT)		●	●	●	●	●	●	●
	ALT(GPT)		●	●	●	●	●	●	●
	γ-GT(γ-GTP)		●	●	●	●	●	●	●
	ALP			●	●	●	●	●	●
血液	LDH			●	●		●	●	●
	総ビリルビン			●	●		●	●	●
	総蛋白			●	●		●	●	●
	アルブミン			●	●		●	●	●
腎機能	A/G比			●	●				●
	HBs抗原・HCV抗体			●	●				●
	アミラーゼ				●		●	●	●
	クレアチニン		●	●	●	●	●	●	●
代謝	尿素窒素			●	●				●
	eGFR		●	●	●	●	●	●	●
	空腹時血糖		●	●	●	●	●	●	●
	HbA1c		●	●	●	●	●	●	●
血液一般	尿酸			●	●	●	●	●	●
	赤血球数・白血球数・Hb・Ht		●	●	●	●	●	●	●
	MCV・MCH・MCHC		●	●	●	●	●	●	●
	血小板		●	●	●	●	●	●	●
他	血液像						●	●	●
	CRP				●	●			●
尿検査	糖・蛋白・潜血	●	●	●	●	●	●	●	●
	ウロビリノーゲン				●	●			●
	沈渣						●	●	●
胸部X線検査	●	●	●	●	●	●	●	●	
安静時心電図検査		●	●	●	●	●	●	●	
胃部X線検査			●	●	●	●	●	●	
大腸がん検査(便潜血2回法)			●	●	●	●	●	●	
腹部超音波検査				●	●		●	●	
肺機能検査				●	●		●	●	
眼底検査				●	●		●	●	
眼圧検査				●	●			●	

※ 上部消化管内視鏡(胃カメラ)をご希望の場合には別途料金が加算されます。Ex. 人間ドックの場合¥4,400が追加となります。

※ 各種検査について、情勢の変化に応じて休止する場合があります。

※ 1 こちらのコースは、産業医や嘱託医など「医師」が必要でないと認め、項目を省略した場合にお申し込みください。

オプション検査をご希望の方は別途料金で追加が可能です (金額は税込です)

◆ 胃がんリスク検診(ABC検診) ¥3,300

胃がんのリスクを知りたい方におすすめ

◆ 肺がん検診(胸部CT)*1 ¥9,900

喫煙されている方、喫煙歴のある方におすすめ

◆ 前立腺特異抗原(PSA) ¥2,970

50歳以上の男性、年1回の検査をおすすめ

◆ 脳検査(頭部MRI・MRA、頸部MRA)*1 ¥22,000

脳の病気が気になる方におすすめ

◆ 頸動脈超音波検査 ¥3,850

動脈硬化が気になる方、危険因子(糖尿病、高血圧、脂質異常症など)を指摘された方におすすめ

【ご注意】 *1の検査は、葵区東草深町3-27での受診となります。健康診断と別の日をご予約いただく事が出来ます。

◇ 子宮がん検査、乳がん検査も受診が可能です。詳細はお問合わせください。

お申し込みから受診までの流れ

A～Dコース

協会けんぽ以外にご加入の場合

「静岡商工会議所健康診断」受診申込書に必要事項と申込日の2～3週以降の希望日を記入し、健診センターにFAXしてください。



表紙の補助券申込書を静岡商工会議所へFAX。受診当日受付に、当所発行の「健康診断補助券」を必ず提出してください。

Eコース

静岡市国保にご加入の場合

「静岡商工会議所健康診断」受診申込書に必要事項と申込日の2～3週以降の希望日を記入し、「特定健診の受診券のコピー」とともに健診センターにFAXしてください。



表紙の補助券申込書を静岡商工会議所へFAX。受診当日受付に、当所発行の「健康診断補助券」「特定健診受診券」を必ず提出してください。

F～Iコース

協会けんぽにご加入の場合

「静岡商工会議所健康診断」受診申込書と全国健康保険協会「対象者一覧」に必要事項と申込日の2～3週以降の希望日を記入し、両方を健診センターにFAXしてください。



表紙の補助券申込書を静岡商工会議所へFAX。受診当日受付に、当所発行の「健康診断補助券」を必ず提出してください。

※ご希望に添えない場合は、ご連絡致しますので、日程調整にご協力ください。

ストレスチェック支援サービスのご案内

静岡商工会議所では、MEDIOと連携し、ストレスチェックの義務化に伴い会員事業所様を支援するサービスを実施しています。

一般料金880円 → **会員料金660円(税込、1名当り)**

詳しくは、MEDIOのホームページ「お知らせ 2015.12.1」をご覧ください。 <https://medio.or.jp/date/2015/12>

※平成27年12月1日より、常時使用する労働者に対して、ストレスチェックを実施することが事業者の義務となりました。

従業員50人未満の事業場は、当分の間努力義務となります。

ストレスチェックとは、事業者が労働者に対して行う心理的な負担の程度を把握するための検査を言います。

加入すると健康診断健診料がさらにお得に！

2023年度

配当 47.5%

2023年9月1日

2024年8月31日

静岡商工会議所

生命共済制度

のご案内

業務上・業務外を問わず

24 時間保障

毎年収支計算し剰余金があれば

配当金も！

一年更新で医師の

診査なし

商工会議所独自の

給付制度も

パンフレットご希望の場合は下記にご記入のうえ FAX をお送りください。

静岡商工会議所 FAX：054-253-5257

パンフレット希望

●事業所名： _____

●ご住所：〒 _____

ご記入いただいた情報は当商工会議所からの連絡のために利用する事があります。

●電話番号： _____ ●ご担当者名 _____

静岡医師会健診センターMEDIO 行
FAX: 054-273-2126

「静岡商工会議所 健康診断」受診申込書

年 月 日申込

事業所名			加入健保 <input type="checkbox"/> で囲んでください	
			協会けんぽ加入・協会けんぽ以外	
所在地				
担当者名			TEL	
			FAX	
支払方法			予約確定後の連絡	
<input type="checkbox"/> 窓口(個人払・団体払) <input type="checkbox"/> 後日請求			<input type="checkbox"/> 要(電話・FAX) <input type="checkbox"/> 不要	
健診結果(事業所控)	<input type="checkbox"/> ご担当者様へ送付(Eコースを除く)		<input type="checkbox"/> 控え不要	
※MEDIOストレスチェック支援サービスに	従業員50人以上の事業所(法的義務あり) <input type="checkbox"/> 申し込む <input type="checkbox"/> 問合せしたい		従業員50人未満の法的義務の無い事業所は、厚生労働省ホームページから実施プログラムのダウンロード(無料)が可能ですので、そちらをご利用ください。	

No.	フリガナ 氏名		上段:健診コース選択欄	補助券の色	受診希望日
	生年月日	性別	下段:オプション記入欄		月 日
1			ご受診コースを○で囲んでください A・B・C・D・E・F・G・H・I	<input type="checkbox"/> 青色 (会員、一人親方) <input type="checkbox"/> 黄色 (生命共済加入)	月 日
	年 月 日生	男・女	ご希望のオプション検査を記入してください		
2			ご受診コースを○で囲んでください A・B・C・D・E・F・G・H・I	<input type="checkbox"/> 青色 (会員、一人親方) <input type="checkbox"/> 黄色 (生命共済加入)	月 日
	年 月 日生	男・女	ご希望のオプション検査を記入してください		
3			ご受診コースを○で囲んでください A・B・C・D・E・F・G・H・I	<input type="checkbox"/> 青色 (会員、一人親方) <input type="checkbox"/> 黄色 (生命共済加入)	月 日
	年 月 日生	男・女	ご希望のオプション検査を記入してください		
4			ご受診コースを○で囲んでください A・B・C・D・E・F・G・H・I	<input type="checkbox"/> 青色 (会員、一人親方) <input type="checkbox"/> 黄色 (生命共済加入)	月 日
	年 月 日生	男・女	ご希望のオプション検査を記入してください		
5			ご受診コースを○で囲んでください A・B・C・D・E・F・G・H・I	<input type="checkbox"/> 青色 (会員、一人親方) <input type="checkbox"/> 黄色 (生命共済加入)	月 日
	年 月 日生	男・女	ご希望のオプション検査を記入してください		

【ご確認ください】

- ※オプション検査をご希望の方は、オプション記入欄にご記入ください。
- ※F・G・H・Iコースの方は、**本紙と全国健康保険協会「対象者一覧」の両方**をFAXしてください。
(A・B・C・Dコースの方は本紙のみ)
- ※Eコースをご希望の方は、**本紙と「特定健診受診券」の両方**をFAXしてください。
- ※ストレスチェック支援サービスをご希望の際は、後日MEDIOよりご連絡させていただきます。
- ※記載欄が足りない場合は、この面をコピーしてお使いください。