

静岡商工会議所では、会員事業所の役員・従業員の皆様を対象に「健康診断健診料の補助」を実施しています。多くの皆様のご利用をお待ちしております。

**実施期間：2024年 4月 4日(木)～  
2025年 3月 31日(月)**

**予約受付：2024年 4月 1日(月)～**

裏面「受診申込書」を静岡市清水医師会健診センターへ 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査）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**

**静岡市清水医師会健診センター**

静岡市清水区渋川2-12-1

TEL **054-348-0515**

FAX 054-348-7734

(電話受付時間 / 平日 8:30～17:00)

**健診料の補助額について**

- 会員事業所  
受診者1名につき1,000円（A・F・Gコースは500円）
- 会員かつ生命共済制度加入者  
1名につき2,000円（A・F・Gコースは1,000円）  
の補助券がご利用いただけます。（料金表参照）  
※補助券のご利用はお一人様 年1回でお願いします

※静岡商工会議所会員向け健診コースです。実施項目については中面をご参照ください。

※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
問 わ ず ど な た で も	A	若年層	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。	4,400円	500円補助 3,900円	1,000円補助 3,400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、 <b>どなたでも ご受診</b> いただけます。	9,647円	1,000円補助 8,647円	2,000円補助 7,647円
	C	生活習慣病健診	年齢・加入健保の種類を問わず、 <b>どなたでもご受診</b> いただけます。	19,030円	1,000円補助 18,030円	2,000円補助 17,030円
	D	おすすめ 人間ドック	年齢・加入健保の種類を問わず、 <b>どなたでもご受診</b> いただけます。	42,020円	1,000円補助 41,020円	2,000円補助 40,020円
加 入 の 方 保	E	国保加入 人間ドック	静岡市国民健康保険の特定健康診査を受診される方で 40歳以上の方が対象です。特定健診の受診券が必要です。 ※金額は年齢により異なる場合があります。	20,949円	1,000円補助 19,949円	2,000円補助 18,949円
協 会 け ん ぽ 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。※2024年度 対象年齢変更	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 ドック	協会けんぽ一般健診を受診される方が対象です。	28,437円	1,000円補助 27,437円	2,000円補助 26,437円

**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： \_\_\_\_\_ ● 〈清水〉 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

※オプション検査項目をご希望の方は、健診センターにお問合せください。

※協会けんぽ以外にご加入の方は、加入健保組合の実施内容と比較、検討をお願いします。

検査項目	労働安全衛生規則に基づく		C 生活習慣病 予防健診	D おすすめ 人間ドック	E 国保加入 人間ドック	協会けんぽ加入(本人)		
	A 若年層	B 定期健康診断				F 一般健診	G 付加健診	H 人間ドック
問診	●	●	●	●	●	●	●	●
身体計測	身長	●	●	●	●	●	●	●
	体重	●	●	●	●	●	●	●
	標準体重	●	●	●	●	●	●	●
	肥満度			●	●			●
	BMI	●	●	●	●	●	●	●
	腹囲		●	●	●	●	●	●
視力検査(裸眼または矯正)	●	●	●	●	●	●	●	●
眼底検査				●	●		●	●
眼圧検査				●	●			●
聴力検査	●	●	●	●	●	●	●	●
血圧測定	●	●	●	●	●	●	●	●
心拍数				●	●			●
血液一般	赤血球		●	●	●	●	●	●
	白血球		●	●	●	●	●	●
	ヘモグロビン		●	●	●	●	●	●
	ヘマトクリット		●	●	●	●	●	●
	血小板数		●	●	●	●	●	●
	血液像				●	●		●
肝機能	総蛋白			●	●		●	●
	アルブミン			●	●		●	●
	A/G比			●	●			●
	総ビリルビン			●	●		●	●
	ALP			●	●	●	●	●
	AST		●	●	●	●	●	●
	ALT		●	●	●	●	●	●
	γ-GT		●	●	●	●	●	●
	LDH				●	●		●
LAP				●	●			●
肝炎	HBs抗原			●	●			●
	HCV抗体			●	●			●
脂質	総コレステロール		●	●	●	●	●	●
	中性脂肪		●	●	●	●	●	●
	HDL-C		●	●	●	●	●	●
	LDL-C		●	●	●	●	●	●
腎機能	尿素窒素			●	●			●
	クレアチニン		●	●	●	●	●	●
	GFR		●	●	●	●	●	●
	尿酸			●	●	●	●	●
膵	血清アミラーゼ			●	●		●	●
代謝	空腹時血糖		●	●	●	●	●	●
	HbA1c		●	●	●	●	●	●
免疫	CRP			●	●			●
	リウマチ因子			●	●			●
血液型(ABO RH)初回のみ				●	●			●
検尿	蛋白	●	●	●	●	●	●	●
	糖	●	●	●	●	●	●	●
	潜血	●	●	●	●	●	●	●
	ウロビリノーゲン			●	●	●		●
	PH				●	●		●
	比重				●	●		●
	沈渣				●	●		●
胸部レントゲン検査	●	●	●	●	●	●	●	●
胃部レントゲン検査			●	●	●	●	●	●
腹部超音波検査				●	●		●	●
骨密度検査				●	●			●
大腸がん検査(便潜血2回法)			●	●	●	●	●	●
肺機能検査				●	●		●	●
心電図検査		●	●	●	●	●	●	●
内科診療 診察	●	●	●	●	●	●	●	●

本件に関するお問合せ

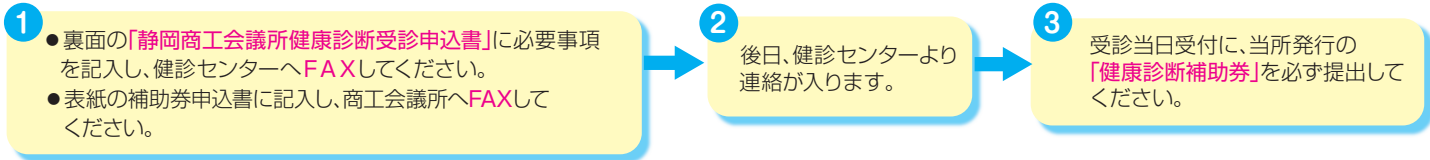


静岡商工会議所 会員サービス課

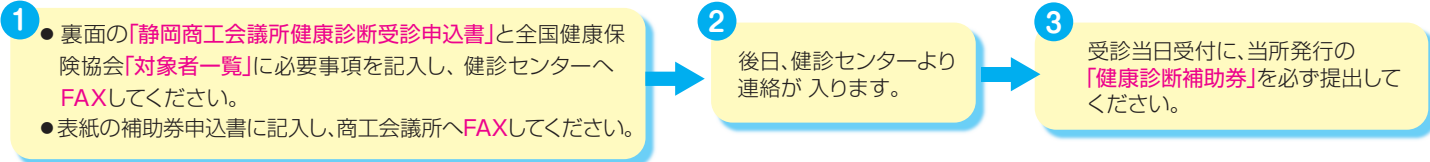
静岡市葵区黒金町 20 番地の8 TEL: 054-253-5112 FAX: 054-253-5257 <https://www.shizuoka-cci.or.jp/>

## お申し込みから受診までの流れ

### A～E コース 協会けんぽ以外にご加入の場合



### F～H コース 協会けんぽにご加入の場合



※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。

## 加入すると健康診断健診料がさらにお得に！

2022年度 配当 **25.2%** 2022年9月1日  
2023年8月31日

# 静岡商工会議所 生命共済制度のご案内

## 災害保障特約付福祉団体定期保険＋商工会議所自家給付

この制度に加入していただくことで、健診を受ける際、会員料金よりさらにご負担が軽くなります。  
福利厚生充実・見直しのご検討にもご活用ください。

業務上・業務外を問わず <b>24時間保障</b>	毎年収支計算し剰余金があれば <b>配当金も！</b>	一年更新で医師の <b>診査なし</b>	商工会議所独自の <b>給付制度も</b>
------------------------------	--------------------------------	-------------------------	--------------------------

パンフレットご希望の場合は下記に記入していただき FAX をお送りください。 **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 \_\_\_\_\_

# 受診申込書 (このページ) は「健診センター」へFAX

静岡市清水医師会健診センター御中

FAX : 054-348-7734

## 「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 <input type="checkbox"/> で囲んでください			
窓 口 ・ 後 日 請 求			

No.	フリガナ 氏 名		上段:健診コース選択欄	健診料金	希 望 日	共済加入者は黄に それ以外は青に ○印
	生年月日	性別	下段:オプション記入欄			
1	.....		ご受診コースを○で囲んでください A・B・C・D・E・F・G・H	円	月 日	青・黄
	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	円	月 日	青・黄
	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	円	月 日	青・黄
	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	円	月 日	青・黄
	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	円	月 日	青・黄
	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】

※加入健保、支払方法、補助券は、該当箇所に○印をお付けください。

※健診コース：A～Hのいずれかに○印をお付けください。

※オプション検査をご希望の方は、オプション欄にご記入ください。

※協会けんぽにご加入の方は、**本紙と全国健康保険協会「対象者一覧」の両方**を健診センターにFAXしてください。(協会けんぽ以外にご加入の方は本紙のみ)