

令和 2年 3月27日

会 員 各 位

紫波町商工会

会 長 橘 富 雄

(公印省略)

令和2年度『集団健康診断』の実施について（ご案内）

時下、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、先にお知らせいたしました「集団健康診断」を下記日程にて行うこととなりましたので、ご案内申し上げます。

つきましては、受診をご希望される会員様は、別紙「健康診断申込書」及び「健康診断受診者名簿」に必要事項をご記入の上、5月11日（月）までに、FAX又は郵送にて商工会まで送付頂きますよう、よろしくお願いいたします。

また、協会けんぽご加入者は、3月下旬協会けんぽより届きました「生活習慣病予防健康診断申込書（対象者印字済）」も合わせて送付頂きますようお願いいたします。

身近で、直ぐにご受診できますので、是非この機会にご利用頂きますようよろしくお願い申し上げます。

記

1. 実施日時 令和2年7月13日（月）
2. 受付時間 協会けんぽ健診 7：00～10：30
（予定） 定期健診 10：30～11：30
*お申込みのお人数により、変更になる場合がございます。
3. 健診会場 紫波町商工会館
4. 検査項目 労働安全衛生規則第44条による『健康診断』
*詳細は、別紙詳細を参照願います。
*オプションとして、腎機能・大腸がん・胃がん・前立腺がん検査がございます。
5. 健診料金 協会けんぽ健診 7,169円/人（税込）
定期健診 9,108円/人（税込） *消費税は10%で計算
6. 所要時間 協会けんぽ健診 約30～40分/人
定期健診 約20～30分/人（オプションを除く）
7. 実施機関 公益財団法人岩手県予防医学協会

※「協会けんぽ」ご利用の場合は、先に「協会けんぽ」より送付の資料も、一緒にご持参願います。

*なお、お申込みが全体で50名に達しない場合は、希望者は別日程にて岩手県予防医学協会での受診となる場合もございますので、予めご了承願います。

お問合せ 紫波町商工会

担 当 佐藤

TEL 019-672-2244 FAX 019-672-2316

紫波町商工会健康診断申込書

紫波町商工会 行 (FAX 672-2316)

所在地	〒 _____	
事業所名	_____	
代表者名	_____	
電話/FAX	(電話) _____	(FAX) _____
ご連絡担当者	(職・氏名) _____	
希望する健診の種類 <small>対象健診に○印をお願いします</small>	1 協会けんぽ生活習慣病予防健診 対象者 35歳以上の協会けんぽ加入者 参考: 7,169円 (税込)/変更有	2 定期健診 対象者 どなたでも受診できます 参考: 9,108円 (税込)/変更有
	7/13 (月)	午前のみ
受診予定人数 <small>ご希望の欄に人数をご記入願います</small>	_____名	_____名
他オプション希望 ①腎機能検査 _____名 (209円/税込み/変更有) ②大腸がん検査 _____名 (1,430円/税込み/変更有) ③胃部X線撮影 _____名 (9,350円/税込み/変更有) ④前立腺がん検査 _____名 (1,650円/税込み/変更有)		
通 信 欄		
※申込上の注意 「①協会けんぽ健診」をご希望の方は全国健康保険協会より送付されている「生活習慣病予防健診申込書」をあわせて商工会に提出願います。(とりまとめて商工会から発送しますので、全国健康保険協会に送らないようお願いいたします。)また、生活習慣病予防健診申込書の「健診予約済年月日」は空欄のまま、「健診機関名」には岩手県予防医学協会とご記入願います。		

商工会処理欄

受付日	名簿確認日	備考

紫波町商工会健康診断受診者名簿

紫波町商工会 行 (FAX 672-2316)

※用紙が不足の場合はコピー願います。

事業所名

NO	(フリガナ) 氏名	性別	生年月日	加入保険 (加入保険に○印を)		健診の種類 (ご希望の種類に○印を)		オプション検査 (ご希望の際は○印を)				受診希望 月日 (希望の時間帯に○印を)	
				協会けんぽ	国保 その他	協会けんぽ 診	定期健診	腎機能 検査	大腸がん 検査	胃部X線 撮影	前立腺がん 検査	7/13 (月)	
1	()	男	昭・平 年 月 日	協会けんぽ	国保 その他	協会けんぽ 診	定期健診	腎機能 検査	大腸がん 検査	胃部X線 撮影	前立腺がん 検査	午前	
2	()	男	昭・平 年 月 日	協会けんぽ	国保 その他	協会けんぽ 診	定期健診	腎機能 検査	大腸がん 検査	胃部X線 撮影	前立腺がん 検査	午前	
3	()	男	昭・平 年 月 日	協会けんぽ	国保 その他	協会けんぽ 診	定期健診	腎機能 検査	大腸がん 検査	胃部X線 撮影	前立腺がん 検査	午前	
4	()	男	昭・平 年 月 日	協会けんぽ	国保 その他	協会けんぽ 診	定期健診	腎機能 検査	大腸がん 検査	胃部X線 撮影	前立腺がん 検査	午前	
5	()	男	昭・平 年 月 日	協会けんぽ	国保 その他	協会けんぽ 診	定期健診	腎機能 検査	大腸がん 検査	胃部X線 撮影	前立腺がん 検査	午前	
6	()	男	昭・平 年 月 日	協会けんぽ	国保 その他	協会けんぽ 診	定期健診	腎機能 検査	大腸がん 検査	胃部X線 撮影	前立腺がん 検査	午前	
7	()	男	昭・平 年 月 日	協会けんぽ	国保 その他	協会けんぽ 診	定期健診	腎機能 検査	大腸がん 検査	胃部X線 撮影	前立腺がん 検査	午前	
8	()	男	昭・平 年 月 日	協会けんぽ	国保 その他	協会けんぽ 診	定期健診	腎機能 検査	大腸がん 検査	胃部X線 撮影	前立腺がん 検査	午前	
9	()	男	昭・平 年 月 日	協会けんぽ	国保 その他	協会けんぽ 診	定期健診	腎機能 検査	大腸がん 検査	胃部X線 撮影	前立腺がん 検査	午前	
10	()	男	昭・平 年 月 日	協会けんぽ	国保 その他	協会けんぽ 診	定期健診	腎機能 検査	大腸がん 検査	胃部X線 撮影	前立腺がん 検査	午前	

※本名簿にご記入いただいた個人情報、健康診断の実施に関する目的にのみ使用いたします。

※協会けんぽ健診の方・定期健診で胃部X線撮影をご希望の方は、午前のみの実施となります。

健康診断結果一覧表作成申込書

令和2年 月 日

公益財団法人岩手県予防医学協会 殿

従業員の健康指導及び事後管理のため下記資料の作成について申し込みます。

事業場名	
代表者名	印
対象健診名	令和2年度全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診
作成資料	必要な作成方法を○で囲んでください。 ① 結果一覧表・集計表 2. 健診データ作成（FD、CD、USB）を希望の場合は、 有料（11,000円・税込）となります。
上記資料の取り扱いについては、次の事項を遵守するものとし、事故が発生した場合は申請団体の責任において処理するものとする。 なお、依頼にあたっては事前に受診者の承諾を得るものとする。 (1) 従業員の健康指導並びに事後管理以外の使用禁止 (2) 資料の紛失、漏洩の防止 (3) その他の事故防止	