

2021年2月度 生活習慣病健康診断のご案内

当会では、昨年に引き続き1日人間ドック形式により、生活習慣病健診を実施いたします。
格安な会員特別料金で、所要時間も約2時間と短時間で効率良く受診することができます。
ぜひ、経営者ご本人様、さらに従業員・パート及びご家族様のご利用をお待ちしております。
また、各コースとも「労働安全衛生法」に基づく「一般定期健康診断」としてご利用できます。

◎実施日/会場 **2021年 2月3日 (水) 9:00~12:00**

~~ワークヒル土浦 (土浦市木田余東台4-1-1)~~

◎申込方法 添付されている返信用封筒にてお申込みいただきますようお願い申し上げます。

土浦市新治商工会館

(土浦市高岡寺山1902-7)

◎申込締切日 **2021年1月12日 (火)**

※締切日消印までは、郵送分が最優先されます。申込み順に受付時間を設定します。

◎健診コース/料金

健診コース		一般料金 (参考)	会員特別料金 (税込)
総合喀痰コース	57項目	54,800円	39,600円
総合コース	56項目	54,400円	39,160円
Aコース	46項目	29,100円	23,320円
Sコース	43項目	21,780円	17,050円

※健診項目詳細は裏面を参照ください。

◎オプション検査

番号	オプション検査	会員特別料金 (税込)
①	アミノインデックス (血液中のアミノ酸濃度からガンである可能性を評価)	27,500円
②	ロックスインデックス (脳梗塞・心筋梗塞の発症リスク検査)	13,200円
③	前立腺腫瘍マーカー (PSA)	4,301円
④	心不全マーカー (NT-proBNP)	2,750円
⑤	C型肝炎検査 (HCV)	3,696円
⑥	女性健診 (乳房・下腹部 (子宮・卵巣) を超音波で検査)	4,026円

※オプション単独での受診はできません。

協会けんぽ (全国健康保険協会) 被保険者の皆様へ (35歳~74歳までの方)

※上記会員特別料金より、**11,696円の補助**が受けられます。(申請方法は別紙申込書参照)
(実質自己負担)

総合喀痰コース 39,600円 ⇒ 27,904円 (注) 協会けんぽの被保険者の方のみが対象

総合コース 39,160円 ⇒ 27,464円 (注) 年度内に一回限り補助利用が可能

Aコース 23,320円 ⇒ 11,624円 (注) Sコース / オプション検査は補助対象外



〒300-0051 茨城県土浦市真鍋1-16-11 延増第三ビル1階

公益社団法人 土浦法人会
厚生委員会

TEL : 029-822-5657 FAX : 029-823-9637

(公社) 土浦法人会 健診項目と内容

検 査 項 目	項 目	総合喀痰	総合	A	S
診 察	問視診・聴打診	●	●	●	●
身 体 測 定	身長・体重 体格指数 (BMI)	●	●	●	●
視 力 検 査		●	●	●	●
聴 力 検 査	オーディオメーター1000・4000Hz	●	●	●	●
呼吸器系検査	胸部X線 (デジタル撮影)	●	●	●	●
循環器系検査	血圧測定 心電図検査	●	●	●	●
腎 機 能 検 査	尿タンパク 尿潜血 尿素窒素 (BUN) クレアチニン (CRE) e-GFR	●	●	●	●
消化器系検査	胃部X線 (デジタル撮影) 十二指腸	●	●	●	
便潜血検査	金コロイド法 または ラテックス法	●	●	●	
膵 機 能 検 査	血清アミラーゼ (AMY)	●	●	●	●
肝 機 能 検 査	総タンパク (TP) アルカリフォスファターゼ (ALP) トランスアミナーゼ (GOT) 〃 (GPT) トランスペプチターゼ (γ-GTP) 乳酸脱水素酵素 (LDH) ビリルビン (BIL) A/G比 アルブミン (ALB)	●	●	●	●
高脂血症検査	総コレステロール (Tch) 中性脂肪 (TG) 善玉コレステロール (HDL) 悪玉コレステロール (LDL)	●	●	●	●
高尿酸血症検査	尿酸 (UA)	●	●	●	●
糖 代 謝 検 査	尿中糖 空腹時 血糖 〃 (FBS) ヘモグロビンA1c (HbA1c)	●	●	●	●
血 液 一 般	赤血球数 (RBC) 白血球数 (WBC) ヘモグロビン (Hb) ヘマトクリット (Ht) 血小板数 (PLT) 平均赤血球容積 (MCV) 平均赤血球血色素量 (MCH) 平均赤血球血色素濃度 (MCHC)	●	●	●	●
血 清 検 査	C反応性タンパク試験 (CRP)	●	●	●	●
眼 底 検 査	無散瞳式 両眼撮影	●	●	●	●
眼 圧 検 査	緑内障検査	●	●	●	●
腫瘍マーカー	癌胎児性抗原 (CEA) α-フェトプロテイン (AFP) CA19-9 NT-proBNP 前立腺 ロックスインデックス (LOX-index) アミノインデックスリスクスクリーニング (AICS)	●	●		
エコー(超音波)検査	胆嚢 肝臓 膵臓 腎臓 脾臓	●	●		
喀 痰 検 査		●			
肝炎ウイルス検査	B型 (HBS) C型 (HCV)	●	●	※	※
女 性 健 診	乳房・下腹部 (子宮・卵巣)	※	※	※	※
腹 囲 測 定	特定健診 (メタボリック)	●	●	●	●
		全57項目	全56項目	全46項目	全43項目
		39,600円	39,160円	23,320円	17,050円

※オプション検査項目 (別料金)

※従業員・パート等の健診料金は福利厚生費として認められます。詳しくは、税務署法人課税部門へ。

(消費税込)

2021年 2月度 健康診断申込書

フリガナ
事業所名

住所 〒

電話

◎「希望日」、「氏名」、「フリガナ」、「性別」、「生年月日」、「希望コース」、「オプション」、「補助利用希望」欄にご記入ください。

			協会けんぽ補助 利用希望	有 無
フリガナ 氏 名	性別	生年月日	希望コース	オプション
ケンシン タロウ (例) 健診 太郎	男・女	(平成・昭和) 48・11・30	総合喀痰コース 総合コース Aコース・Sコース	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
	男・女	(平成・昭和) ・ ・	総合喀痰コース 総合コース Aコース・Sコース	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
	男・女	(平成・昭和) ・ ・	総合喀痰コース 総合コース Aコース・Sコース	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
	男・女	(平成・昭和) ・ ・	総合喀痰コース 総合コース Aコース・Sコース	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
	男・女	(平成・昭和) ・ ・	総合喀痰コース 総合コース Aコース・Sコース	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
	男・女	(平成・昭和) ・ ・	総合喀痰コース 総合コース Aコース・Sコース	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
	男・女	(平成・昭和) ・ ・	総合喀痰コース 総合コース Aコース・Sコース	① ② ③ ④ ⑤ ⑥

※ご記入いただきました個人情報は、健康診断に関わる事務処理以外には利用いたしません。

協会けんぽ（全国健康保険協会）補助を受ける方へ

補助が受けられる条件 { ①被保険者であること。（被扶養者の方は対象外）
②35歳～74歳であること。
③年度内に一回限り補助利用可能。 }

「生活習慣病予防健診対象者一覧」が、協会けんぽから例年4月初旬には郵送されてきますので、当該申込書と併せて、（一財）全日本労働福祉協会茨城県支部まで送付、お申し込みください。（裏面参照）

～協会けんぽ（全国健康保険協会）管掌 健康診断補助利用の皆様へ～

【事業主様向け健診案内の内容変更について】

毎年3月に協会けんぽから事業主様へ次年度の健診対象者を記載した申込書を送付しておりましたが、令和2年度受診分（令和2年3月送付予定分）からは、申込書に代えて、健診対象者の情報を記載した生活習慣病予防健診対象者一覧を送付されることになりました。

当該一覧は申込書ではないため、協会けんぽへの提出は不要です。

健診対象者一覧は、健診機関である（一財）全日本労働福祉協会へ申込みの際にコピーの上、併せて提出いただきますようお願い申し上げます。



下記書類（コピー）も併せて提出してください。

全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診対象者一覧 令和2年度

生活習慣病予防健診を受診するにあたり、当協会への申し込みは不要です。健診機関へご予約のうえ、受診してください。

- 例年、生活習慣病予防健診の対象となる方がいる事業所様へ、当協会へご提出いただくための生活習慣病予防健診申込書をお送りしておりましたが、令和2年度より、当協会へのお申込み手続きは不要となりました。
- この一覧は、申込書に代えて、生活習慣病予防健診の対象となる方をお知らせするためのものです。令和2年1月時点で当協会に加入している方が印字されています。
- 年度内お一人様1回に限り、協会けんぽが健診費用の一部を補助します。

健康保険証の番号	フリガナ 氏 名	性別	生年月日	単独で受診できます		一般健診と併せて受診できます		備考
								健診機関名： 健診予定日： 年 月 日
								健診機関名： 健診予定日： 年 月 日
								健診機関名： 健診予定日： 年 月 日
								健診機関名： 健診予定日： 年 月 日
								健診機関名： 健診予定日： 年 月 日
								健診機関名： 健診予定日： 年 月 日
								健診機関名： 健診予定日： 年 月 日
								健診機関名： 健診予定日： 年 月 日
								健診機関名： 健診予定日： 年 月 日
								健診機関名： 健診予定日： 年 月 日
								健診機関名： 健診予定日： 年 月 日
								健診機関名： 健診予定日： 年 月 日
								健診機関名： 健診予定日： 年 月 日
								健診機関名： 健診予定日： 年 月 日
								健診機関名： 健診予定日： 年 月 日
								健診機関名： 健診予定日： 年 月 日
								健診機関名： 健診予定日： 年 月 日
								健診機関名： 健診予定日： 年 月 日

申込先：（一財）全日本労働福祉協会 茨城県支部
 住所：笠間市泉1615-1 TEL：0299-37-8855 FAX：0299-37-8857
 ※添付されている封筒にてお申込みいただきますようお願い申し上げます。