

事業主の方へ

健康診断のご案内

職場における健康診断は、健康で安心して働くためにとても重要であり、また事業主は労働者に対して健康診断の実施は義務付けとなっております。各健診機関のご協力のもと、実施いたしますので是非ご利用ください。

＊健診機関/医) 済生堂増田病院・全日本労働福祉協会・八戸西健診プラザ

Aコース(省略)
3,190円
(会員外 4,400円)

既往歴及び業務歴調査・自覚症状及び他覚症状・
身長・体重・視力・聴力・胸部X線・血圧・尿検査

※このコースを受診するには、医師の判断が必要です。

Bコース(標準)
7,810円
(会員外10,450円)

Aコースの項目に加えて

腹囲・貧血・肝機能・血中脂質・血糖・心電図

オプション検診

- ①腰痛検査 ②尿酸検査 ③便検査(2日法)
④PSA(前立腺がん)検査 ⑤蜂抗体検査(3種)
⑥胃検査(バリウム)

①腰痛	②尿酸	③便(2日法)	④PSA	⑤蜂抗体	⑥胃検査
2,200円	330円	1,320円	2,200円	4,950円	9,900円

特殊健康診断

- ①有機溶剤 ②特定化学物質 ③じん肺
④石綿 ⑤鉛

① 有機	② 特化	③ じん肺	④ 石綿	⑤ 鉛
2,530円～	2,530円～	3,630円～	2,530円～	2,530円～

お申込み・お問い合わせは

一般社団法人 西北労働基準協会

TEL

0173-35-6336

E-mail seihokuroukyo@giga.ocn.ne.jp

FAX

0173-35-6337

お申込み方法については裏面をご覧ください

お申込み方法

申込書
記載例

- ▶巡回の場合（一定規模の事業所に限ります。）
ご希望の日程をご記入ください。後日、個別に決定。
- ▶移動の場合（4月～7月の期間、各地域を巡回しています。）
同封の「健診日程予定表」を参考ください。【締切2月末】
- ▶院内の場合（随時受付。要予約）
ご希望の日程をご記入ください。（名簿提出必須）

同封の「注意事項」
をご一読いただき、
ご理解のうえお申込み
ください。

健康診断申込書

申込日： 令和 ○年 ○月 ○日

(FAX 0173-35-6337 西北労働基準協会 行)

移動及び巡回申込締切日：2月末まで

事業所	●●●● 株式会社	担当者	山田	① 院内健診は予約制(午後受診のみ・1事業所1日あたり5名までの受付)。 【受付 月・火・水・金13:30～15:30 (全曜日午前※土・日・祝不可)】 ② 健診日程を変更いただく場合のみご連絡いたします。連絡がない場合は受付完了です。 ③ 健診料については後日請求となります。当日の支払いはご遠慮ください。 ④ 『健診受診の際の注意事項』を必ずご一読ください。
所在地	五所川原市××××99-99	TEL	34-5678	
		FAX	34-9876	
健診結果に『医師の意見聴取』を希望しますか。(する・しない)				

巡回健診申込欄	(希望日) 月 日 時 分～	(受診者数) 60 名	(ご要望等)
	☒ 協会にすべて一任する		※初診者用受診票(5枚)

移動・院内健診申込欄 ▼ ▼ ▼ ①②に該当の場合は名簿を提出(必須)してください。【①院内健診 ②移動健診でオプション等がある】 ▼ ▼ ▼

☐ 移動健診で受診、昨年と同様で協会にすべて一任する(以下の名簿記入は不要)

☒ 移動健診で受診、受診者は昨年同様(オプション無)だが日程を希望する(以下の名簿記入は不要)

健診日	(フリガナ)氏名	性別	生年月日	検査項目 (該当箇所に○)			備考
				一般健診	オプション	特殊健診	
(院内・移動) ×月×日 13時30分～	(セイナク タロウ) 西北太郎	☒ 男	昭・平 ○年○月○日	☐ Aコース ☒ Bコース	☐ 腰痛 ☐ 尿酸 ☐ 蜂抗体 ☒ 検便 ☐ PSA ☐ 胃	☐ 有機(トレン・キレン・) ☐ 特化(エフル・メフル・スレン・)	☐ じん肺 ☐ 石綿 ☐ 溶接ヒューム ☐ 鉛
(院内・移動) 月 日 時 分～		☐ 男 ☐ 女	昭・平 年 月 日	☐ Aコース ☐ Bコース	☐ 腰痛 ☐ 尿酸 ☐ 蜂抗体 ☐ 検便 ☐ PSA ☐ 胃	☐ 有機(トレン・キレン・) ☐ 特化(エフル・メフル・スレン・)	☐ じん肺 ☐ 石綿 ☐ 溶接ヒューム ☐ 鉛
(院内・移動) 月 日 時 分～		☐ 男 ☐ 女	昭・平 年 月 日	☐ Aコース ☐ Bコース	☐ 腰痛 ☐ 尿酸 ☐ 蜂抗体 ☐ 検便 ☐ PSA ☐ 胃	☐ 有機(トレン・キレン・) ☐ 特化(エフル・メフル・スレン・)	☐ じん肺 ☐ 石綿 ☐ 溶接ヒューム ☐ 鉛
(院内・移動) 月 日 時 分～		☐ 男 ☐ 女	昭・平 年 月 日	☐ Aコース ☐ Bコース	☐ 腰痛 ☐ 尿酸 ☐ 蜂抗体 ☐ 検便 ☐ PSA ☐ 胃	☐ 有機(トレン・キレン・) ☐ 特化(エフル・メフル・スレン・)	☐ じん肺 ☐ 石綿 ☐ 溶接ヒューム ☐ 鉛
(院内・移動) 月 日 時 分～		☐ 男 ☐ 女	昭・平 年 月 日	☐ Aコース ☐ Bコース	☐ 腰痛 ☐ 尿酸 ☐ 蜂抗体 ☐ 検便 ☐ PSA ☐ 胃	☐ 有機(トレン・キレン・) ☐ 特化(エフル・メフル・スレン・)	☐ じん肺 ☐ 石綿 ☐ 溶接ヒューム ☐ 鉛
(ご要望等)	※初診者用受診票(3枚)			○/○ 分割 10:00～2名 13:30～2名 14:00～2名			*事務局欄* 担当

予備の受診票
を送付します。
(移動及び巡回
に限る。)

受診者が昨年と同様で
あっても、オプション
を選択する場合は、名
簿とオプション内容を
提出してください。

複数日程で分割して受診する場合は日
程ごとに申込書を作成してください。
1日の日程で分割して受診したい場合
は、要望欄に追記してください。

STEP①

記載例を参考に記入し、FAXでお申込
※ご希望日程を変更いただく場合のみご連絡いたします。
連絡がない場合は受付完了です。

STEP②

受診日のご案内及び受診票の送付
※院内健診は省略 STEP③へ

STEP③

受 診 ※注意事項をご確認のうえ受診ください

STEP④

健診結果及び請求書送付