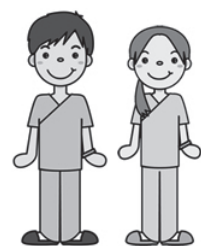


# 平塚商工会議所 定期健康診断および生活習慣病（成人病）検診のご案内



実施機関 医療法人財団倉田会 メディカルサポートクリニック

【働く人たちの「健康」と「活力」ある職場づくりのために】

平塚商工会議所では、会員事業所および特定商工業者の事業主・従業員ならびにそのご家族を対象に、健康管理にお役立て頂けるよう定期健康診断および生活習慣病（成人病）予防検診を実施いたします。  
労働安全衛生法では、従業員の雇入れ時および年一回の定期健康診断の実施が義務付けられています。ぜひ、受診をご検討ください。

## ■ 検査日時

- 女性健診日 令和8年10月20日(火)
- 男性健診日 令和8年10月21日(水)・22日(木)
- 全コース受付時間 午前8:30～12:00

※胃部X線検査実施日は、10月20日(火)(女性)、10月21日(水)(男性)です。  
10月22日(木)は胃部X線の実施はありませんので、ご了承ください。  
※女性、男性健診と分けていますが、ご都合が悪い場合は相談可。ただし、時間指定をさせていただきます。  
※30分毎に受付人数の制限をさせていただきます。

## ■ 検査会場

- 平塚商工会議所 3階 大ホール（駐車場が少ないため公共交通機関でお越しください。）  
（平塚市松風町2-10 TEL 0463-22-2510）

## ＜＜検査項目コース＞＞

| コ ー ス |                             | 受診料(1名分税込)                  | 検 査 内 容                                                                |
|-------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| B     | 労働安全衛生法に基づく健診               | 8,700円<br>(特定商工業者 9,200円)   | 身長・体重・視力検査・血圧測定・尿検査(糖・蛋白)・胸部X線検査・腹囲測定・聴力検査・心電図検査・貧血検査・肝機能検査・脂質検査・糖代謝検査 |
| C     | 労働安全衛生法に基づく検診<br>+生活習慣病予防健診 | 14,800円<br>(特定商工業者 15,800円) | Bコース+ 腎機能検査・膵臓機能検査・胃部X線検査                                              |

※女性の方で妊娠の可能性のある方はレントゲン検査はご遠慮ください。  
※会員事業所と特定商工業者は受診料が異なります。  
※Cコースの胃部X線検査を希望されない方は、受診料10,700円(特定商工業者 11,800円)(各税込)となります。  
※検査当日に75歳以上の方は、胃部X線を受診出来ません。

## ＜＜オプション検査＞＞ 上記B・Cコースと併せて、お申し込みください。

| オプション  | 受診料(1名分税込) | 検 査 内 容                         |
|--------|------------|---------------------------------|
| オプション1 | 2,800円     | B・C型肝炎検査 (HBs 抗原・抗体検査・HCV 抗体検査) |
| オプション2 | 2,800円     | NT-ProBNP検査 (心不全の早期発見に有効)       |
| オプション3 | 2,800円     | 大腸がん検査 (便潜血反応検査2日法)             |
| オプション4 | 2,800円     | 前立腺がん検査 (PSA 検査) ※男性の方のみ        |
| オプション5 | 2,800円     | 肺がん検査 (喀痰検査) (痰を3日間採取)          |
| オプション6 | 2,800円     | 卵巣がん検査 (CA125 検査) ※女性の方のみ       |
| オプション7 | 2,800円     | 肝臓がん検査 (AFP 検査)                 |

## 健康診断の流れ

### ★ 申 込 資 格

- 平塚商工会議所会員事業所および特定商工業者の事業主、従業員ならびにその家族

### ★ 申込・お支払方法

- 申込書（裏面）に必要事項をご記入の上、お振込みの方はFAXにてお申込みいただき、受診料を期日までに下記口座へお振込みください。（恐れ入りますが、振込手数料はご負担ください。）また、窓口にてお申込みの方は、平塚商工会議所1F窓口に申込書と現金をご持参の上、お申込みください。

- お申込先 平塚商工会議所 総務課総務担当（平塚市松風町2-10）8:30～17:00（平日のみ）  
TEL:0463-22-2510 FAX:0463-24-0079

- 振 込 先 平塚信用金庫 本店営業部 普通 0120827  
口座名義 平塚商工会議所 会頭 常盤卓嗣

登録番号 T8021005006683



### ★ 申 込 期 間

令和8年9月1日(火)～9月25日(金)

- 受診内容の変更およびキャンセルの際は10月16日(金)までに、必ずご連絡ください。  
※受診日当日のキャンセルについては、返金対応いたしかねます。予めご了承ください。

### ★ 支 払 期 間

申込日～10月7日(水)まで

- 事前支払いとなります。ご協力をお願いいたします。

### ★ 検査日等の詳細

- 受診日のおよそ1週間前に病院の方から直接送付されます。
- 混雑緩和のため、必ずご案内した受付時間を厳守していただきますようお願いいたします。  
（受付時間前にお越しいただいても、お伝えした時間までご案内できない場合がございます。）

### ★ 検査結果のお知らせ

- 結果は、2週間程で事業所宛にお送りいたします。

## 健診料金補助制度について

神奈川県福祉共済協同組合の共済制度のご加入者は、  
健診料金補助制度をご利用いただくことができます。

補助金額  
2,000円  
(1加入者・年1回)

### ■お問い合わせ先

平塚商工会議所 総務課 総務担当  
〒254-0812  
住 所：平塚市松風町2-10  
TEL:0463-22-2510  
FAX:0463-24-0079

注意事項：■個人情報の取り扱いについて  
健康診断に関する個人情報等全ての情報に関しましては第三者への漏洩なきよう厳重に管理いたしますが、労働安全衛生法上ご本人様以外に受託健診医療機関と事業所の健康管理担当者は情報を共有させていただきます。何卒ご了承ください。

## 定期健康診断および生活習慣病(成人病)検診申込書

平塚商工会議所 行

FAX 0463-24-0079

※必ず記名を  
してください

事業所名 \_\_\_\_\_ 所在地 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_ 電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_ FAX番号 ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_

### 受診料金

**Bコース @ 8,700** × \_\_\_\_\_ 名 = \_\_\_\_\_ 円  
(特定商工業者@ 9,200)

**Cコース @14,800** × \_\_\_\_\_ 名 = \_\_\_\_\_ 円  
(特定商工業者@ 15,800)

(**Cコース @ 10,700** × \_\_\_\_\_ 名 = \_\_\_\_\_ 円)  
(胃部X線検査なし)  
(特定商工業者@ 11,800)

※胃部X線検査実施日は、10月20日(火)(女性)、10月21日(水)(男性)です。  
10月22日(木)の実施はありませんので、ご注意ください。

※料金はすべて税込です。

オプション1 @2,800 × \_\_\_\_\_ 名 = \_\_\_\_\_ 円

オプション2 @2,800 × \_\_\_\_\_ 名 = \_\_\_\_\_ 円

オプション3 @2,800 × \_\_\_\_\_ 名 = \_\_\_\_\_ 円

オプション4 @2,800 × \_\_\_\_\_ 名 = \_\_\_\_\_ 円

オプション5 @2,800 × \_\_\_\_\_ 名 = \_\_\_\_\_ 円

オプション6 @2,800 × \_\_\_\_\_ 名 = \_\_\_\_\_ 円

オプション7 @2,800 × \_\_\_\_\_ 名 = \_\_\_\_\_ 円

合計 \_\_\_\_\_ 円

上記のとおり申し込みます。

お支払い方法 ☐ 現金 ☐ 振込

お支払い予定日 令和8年 月 日

※下記・記入欄に記入または該当するものに○をしてください。

申込日 令和8年 月 日

| No. | 受診者名 | 性別  | 生年月日         | 年齢 | 受診希望日<br>(男性のみ記入) | 希望時間帯           | コース           | オプション               |
|-----|------|-----|--------------|----|-------------------|-----------------|---------------|---------------------|
| 1   |      | 男・女 | S<br>H 年 月 日 |    | 21・22・なし          | 8・9・10<br>11・なし | B・C<br>胃部X線 無 | 1・2・3・4<br>5・6・7・なし |
| 2   |      | 男・女 | S<br>H 年 月 日 |    | 21・22・なし          | 8・9・10<br>11・なし | B・C<br>胃部X線 無 | 1・2・3・4<br>5・6・7・なし |
| 3   |      | 男・女 | S<br>H 年 月 日 |    | 21・22・なし          | 8・9・10<br>11・なし | B・C<br>胃部X線 無 | 1・2・3・4<br>5・6・7・なし |
| 4   |      | 男・女 | S<br>H 年 月 日 |    | 21・22・なし          | 8・9・10<br>11・なし | B・C<br>胃部X線 無 | 1・2・3・4<br>5・6・7・なし |
| 5   |      | 男・女 | S<br>H 年 月 日 |    | 21・22・なし          | 8・9・10<br>11・なし | B・C<br>胃部X線 無 | 1・2・3・4<br>5・6・7・なし |
| 6   |      | 男・女 | S<br>H 年 月 日 |    | 21・22・なし          | 8・9・10<br>11・なし | B・C<br>胃部X線 無 | 1・2・3・4<br>5・6・7・なし |
| 7   |      | 男・女 | S<br>H 年 月 日 |    | 21・22・なし          | 8・9・10<br>11・なし | B・C<br>胃部X線 無 | 1・2・3・4<br>5・6・7・なし |
| 8   |      | 男・女 | S<br>H 年 月 日 |    | 21・22・なし          | 8・9・10<br>11・なし | B・C<br>胃部X線 無 | 1・2・3・4<br>5・6・7・なし |

◎各受診日・時間帯について人数に制限がございます。申込状況により希望時間に沿えない場合がございます。予めご了承ください。

●希望時間帯の目安は次の通りとなります。なお、当日の混雑状況により実際の受付時間が前後する場合がございます。  
**8**(8時30分～9時)・**9**(9～10時)・**10**(10～11時)・**11**(11～12時)

●申込書が書ききれない場合は、お手数ですが本紙をコピーいただくか別の用紙へご記入ください。

※Cコースご希望の方で、胃部X線検査を**希望されない方**は、“無”に○をつけてください。

平塚商工会議所が実施する健康診断について、ご意見・ご要望がございましたらご記入ください。  
(開催時期・検査内容等)

※次回への参考とさせていただきます。

定期健康診断および生活習慣病(成人病)検診を受診される皆さまへ

# 健診料金補助制度

「健診料金補助制度」とは、**神奈川県福祉共済協同組合(福祉共済)**の共済制度ご加入者が、提携医療機関で健康診断等を受診すると、年に1回、**お1人あたり2,000円**を上限として、補助が受けられる制度です。

平塚商工会議所主催の健康診断も補助の対象です!!

今年度の定期健診診断および生活習慣病について補助を受けるには

**9月18日**までにご契約いただいたお客さまが対象となります。



福祉共済にご加入中のお客さまは補助金をご請求ください

今年度の健康診断を受診される方で、福祉共済の共済制度にご加入中のお客さまは、

**受診後**すみやかに、**福祉共済へお電話でご連絡**のうえ、補助金請求のお手続きをお願いします。

**神奈川県福祉共済協同組合(福祉共済)** TEL: **045-228-0774** (平日9:00～17:00)

健診料金補助制度の対象となる  
共済制度ラインナップ

ご加入いただくと、ご契約者・ご加入者とそのご家族が使える  
福利厚生サービス(施設優待など)がご利用いただけます!

福祉共済の共済制度は、事業主・役員・従業員・パート・アルバイトを問わずご加入いただけます。

詳しい資料のご請求は、下記にチェック☑いただき、本紙をFAXでご返信ください。折り返しご連絡させていただきます。

| 特長           | 業務内外問わず<br>24時間ケガの保障                | 満55歳～医療保障<br>病気・ケガ・がん               | 長期入院への備え                            | 弔慰見舞金額に<br>合わせて選べる                  | 必要な保障を<br>組み合わせ                     |
|--------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 制度名          | ケガ共済5つ星                             | シニアガード                              | 休業支援共済Ⅱ                             | 福利厚生共済                              | ベストニーズⅡ                             |
| 月額掛金<br>/お1人 | 1,500円～                             | 3,200円                              | 1,100円～                             | 700円～                               | 400円～                               |
| 資料の<br>ご請求   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

- ご契約に際しては、神奈川県福祉共済協同組合の組合員登録(組合加入・出資金1,000円～)が必要となりますので、あらかじめご了承ください。
- このご案内は、概要のみを記載したものです。ご契約の際は、「パンフレット」・「重要事項説明書」・「約款」を必ずご確認ください。
- 共済制度によっては、年齢・コースにより月額掛金が異なります。また、新規加入時には一定の条件がある場合がございます。

資料のご請求・お問合せ

平塚商工会議所

神奈川県福祉共済  
協同組合代理店

担当: 業務課まで

TEL 0463-22-2510

FAX 0463-24-0079

※FAXをご利用の方は下記をご記入の上、こちらの面を送信してください

●事業所名: \_\_\_\_\_ ●ご担当者: \_\_\_\_\_ 様

●ご住所: \_\_\_\_\_ ●お電話番号: \_\_\_\_\_

＜個人情報のお取り扱いについて＞ 当会議所は、個人情報の重要性を認識し、これを適正に取り扱うものとし、本書にてご提供いただいた個人情報は、神奈川県福祉共済協同組合から委託を受けて行う共済募集等業務の遂行に必要な範囲内でのみ利用させていただきます。