

従業員健康診断のお知らせ

令和6年5月吉日

会 員 各 位

伊奈町商工会 会長 川田金造
主 幹 労務委員会
後 援 伊奈町

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、誠にありがとうございます。

さて、このたび労働安全衛生法に基づく健康診断につきまして、本年度下記の通り実施いたします。お手数をおかけいたしますが、ご協力の程よろしくお願い申し上げます。

記

☆実施期間 6/3(月)～8/9(金)

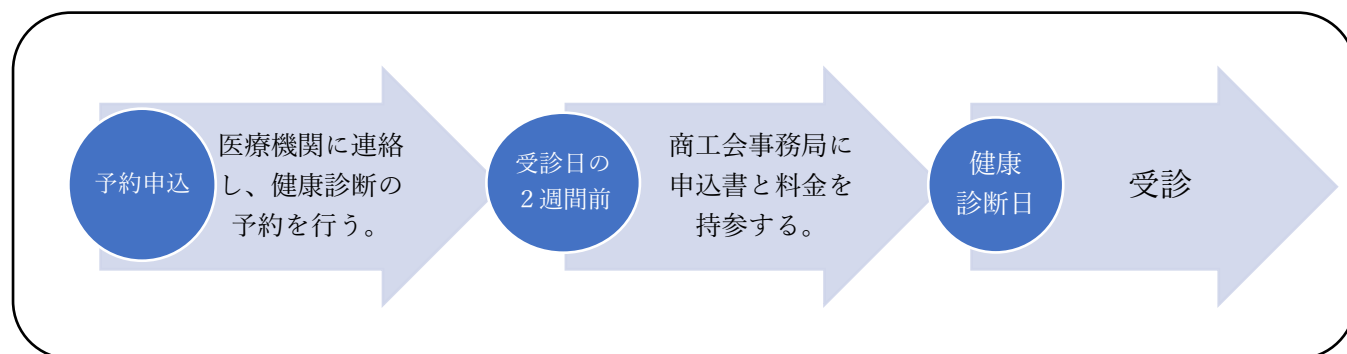
☆内容

健診コース	料金(税抜)	検査項目	対象目安
Aコース	3,800円	身長・体重・視力・聴力・血圧・尿検査・胸部X線・内科健診	35歳未満、 36～40歳未満
Bコース	9,100円	身長・体重・視力・聴力・腹囲・血圧・尿検査・胸部X線・内科健診・貧血・肝機能・血中脂質・心電図・血糖	35歳、40歳以上
Cコース	15,600円	Bコース+胃検診バリウム	年齢不問 成人病検診
Dコース	19,600円	Bコース+胃検診内視鏡	年齢不問 成人病検診

※ 検査項目について

上記以外の検査をご希望の場合は、医療機関にお問合せをお願い致します。

☆健康診断の流れ



※キャンセル等の日程変更のご相談は医療機関に直接連絡をお願い致します。

☆実施医療機関

	①	②	③	④	⑤
医療機関名	伊奈病院 (医療法人社団・愛友会)	希望病院 (医療法人・のぞみ会)	みなみのメディカル クリニック	みやうち内科・消化器内科 クリニック	おおつ消化器・呼吸器内科 クリニック
所在地	小室5014-1	小室3170	栄5-255	寿2-144-4	小室3188-6
電話番号	723-6071	723-0855	720-0033	783-3751	748-5522
期間中受付日	平日 (土曜日は午前中のみ)	平日 (土曜日は午前中のみ)	木曜日・祝日を除く受付時間内 (土日は午前中のみ)	午前のみ (木・土日祝日を除く)	毎日 (木・金・祝日除く)
午前の受付時間	8時～10時30分	9時～11時30分	9時～11時30分	9時～11時	10時～11時30分
午後の受付時間	2時～3時30分	2時～4時30分	3時～5時30分		2時～4時30分
予約可能コース	A・B・C・D	A・B・C・D	A・B・D	A・B	A・B・D
Cコース注意事項		1日1件まで			
Dコース注意事項	土曜日のみ	6/11、7/9のみ	1日1件まで		
飲食禁止	<ul style="list-style-type: none"> ●A・B・Dコース 前日夜8時～検査終了まで水以外 飲食禁止 ●Cコース 前日夜8時～検査終了まで水以外 飲食禁止(水も) ●午後受診の方は朝食可・昼食は 不可(水のみ直前可) 	<ul style="list-style-type: none"> ●A・B・Dコース 前日夜8時～検査終了まで水以外 飲食禁止 ●Cコース 前日夜8時～検査終了まで水以外 飲食禁止(水も) ●午後受診の方は朝食可・昼食は 不可(水のみ直前可) 	<ul style="list-style-type: none"> ●A・B・Dコース 前日夜9時～検査終了まで水以外 飲食禁止 	<ul style="list-style-type: none"> ●Bコース 前日夜9時～検査終了まで水以外 飲食禁止 	<ul style="list-style-type: none"> ●A・B・Dコース 前日夜8時～検査終了まで水以外 飲食禁止 ●午後の場合、朝6時まで食事可
その他					<ul style="list-style-type: none"> ●B・Dコース 3名以上同時申し込みの場合は、 1か月前申込締切 ●鎮静薬追加の場合 別途3,980円 ●日曜日は健診不可

従業員健康診断申込書

1. 受診を希望する医療機関にレ印をつけて下さい。（希望する病院ごとに用紙をまとめてご提出ください。）

① 伊奈病院

② ^{のぞみ}希望病院

③ みなみのメディカルクリニック

④ みやうち内科・消化器内科クリニック（午前のみ）

⑤ おおつ消化器・内科クリニック

2. 受診希望日をご記入下さい。

希望日	1. 午前 2. 午後	コース	ふりがな 受診者氏名	生年月日	年齢	性別	備考
/	前・後	A・B C・D		昭・平 年 月 日		才	
/	前・後	A・B C・D		昭・平 年 月 日		才	
/	前・後	A・B C・D		昭・平 年 月 日		才	
/	前・後	A・B C・D		昭・平 年 月 日		才	
/	前・後	A・B C・D		昭・平 年 月 日		才	
/	前・後	A・B C・D		昭・平 年 月 日		才	
/	前・後	A・B C・D		昭・平 年 月 日		才	

※午前、午後及び希望コースに○印をつけて下さい。

※伊奈病院、おおつ消化器・内科クリニックのDコースをお申込みの方は経口・経鼻の希望を備考欄に明記してください。

※希望日時を変更する場合があります。

※書ききれない場合は、用紙をコピーしてご記入下さい。

※伊奈町より受診料の一部が補助されます。

（従業員1名につき800円）

右記のとおり検診料を添えて申し込みます。

令和6年 月 日

事業所名 _____

電話番号 _____

代表者名 _____

コース	人数 ①	単価（円） （税抜き）②	金額（円） ①×②
A		3,800	
B		9,100	
C		15,600	
D		19,600	
		小計	
		消費税 (10%)	
		合計	