

# 令和8年度 守山商工会集団健康診断事業の開催について

守山商工会では今年度も、健康診断事業を下記のとおり実施いたします。  
労働安全衛生法に基づく従業員の健康管理や事業主・ご家族の健康維持にぜひご利用ください。

1. 実施日 **令和8年9月15日(火)・16日(水)**  
受付時間【午前】9/15(火) 午前9時30分～午前11時30分  
9/16(水) 午前9時～午前11時30分  
【午後】午後1時～午後2時受付終了
- 2 会場 **サイエンス交流プラザ 大会議室** (守山区桜坂五丁目301番地)  
お車でお越しの方は、受診票に同封される駐車場のご案内を参照の上、指定の駐車場をご利用ください。
- 3 対象者 守山商工会会員及び会員事業所の役員・従業員・家族  
(今後会員となる方も対象としています。)
- 4 健診料(税込価額)

検査名	(A) 一般健康診査	(B) 簡易健康診査	(C) 胃部レントゲン	(D) 眼底撮影	(E) じん肺検査	(F) 有機溶剤検査
料金	7,700円	4,200円	4,200円	1,100円	3,300円	6,600円

- ◎(A)一般健康診査項目:診察、計測(身長・体重・肥満度・腹囲)、視力、血圧、胸部レントゲン(間接撮影)、尿検査(糖・蛋白・ウレリ)、血液検査(貧血・肝機能・血中脂質・尿酸・クレアチニン・血糖)、心電図、聴力(検査項目の詳細をお知りになりたい場合は、一覧表をお送りしますので担当者までお問い合わせください。)
- ◎(B)簡易健康診査は40歳未満(35歳を除く)の方に限られます。また、雇入れ時の健康診断にはご利用いただけません。
- ◎(G)有機溶剤検査の対象溶剤はトルエン、キシレン、スチレンとなりますがエチルベンゼン等他の溶剤検査をご希望の場合はご相談ください。(1件3,300円～)
- ◎労働安全衛生法の下に行う、本健診は特定健康診断(通称メタボ健診)の項目を含みます。  
40歳以上の方を対象に、通常の健診に加えメタボ健診用の問診を行います。  
「厚生労働省労働安全衛生法に基づく健康診断実施後の措置について」  
右のQRコードから概要がご覧いただけます。



- 5 申込方法 裏面申込書に所要事項をご記入の上、メールもしくはFAXにて、事務局宛て  
**7月31日(金)** までにお申込ください。  
※メールでの申し込みの場合は、裏面申込書をPDFにしてお申し込みください。  
<事務局 メールアドレス:morisuci@gctv.ne.jp、FAX 番号 052-791-0157>
- 6 予定人数 300名
- 7 支払方法 裏面申込書「⑩お支払い方法欄」にご希望の払い込み方法をご記入ください。
- 8 検査機関 (一財)名古屋公衆医学研究所 (名古屋市中村区長篠町4丁目23番地 TEL 052-412-3111)
- 9 検査結果 各事業所宛てに検査機関より後日郵送されます。
- 10 お問合せ 守山商工会事務局 TEL 052-791-1001 E-Mail: morisuci@gctv.ne.jp  
担当: 崎田・塚崎

愛知県下全商工会が提携している愛知県中小企業共済協同組合の傷害共済・生命傷害共済・経営者医療共済加入者で、一定の補助条件を満たした方に対しては、1名あたり1,500円もしくは5,000円の受診料補助券が発行されます。未加入の方は、この機会にぜひご加入ください。詳しくは当会もしくは愛知県中小企業共済(協) TEL0120-00-9967 までお問い合わせください。

(5名以上お申込の場合は、コピーしてご利用ください。)

※**必須**項目①・②・③・④・⑥・⑨・⑫・⑬・⑭・⑰・⑱の欄は、不備の無いようにご記入願います。

①会社名・屋号 <b>必須</b>		個人事業で屋号の無い方は事業主様の氏名をご記入ください。					
②ご担当者氏名 <b>必須</b>							
③検査表等送付先住所 <b>必須</b>		〒 ー					
④連絡先電話番号 <b>必須</b>		電話					
⑤FAX番号 (メールの場合は記入不要)		FAX					
⑥ 受診希望者 氏名(フリガナ) <b>必須</b>	⑦ 性別	⑧ 生年月日 (記載があれば受診表に 事前印刷されます)	⑨ 希望受診項目(○で囲んで下さい) <b>必須</b>			⑩ 検診料 (表面4 検診料に 基づき計算ください)	⑪ 共済 加入 ※1
	男 ・ 女	S ・ H 年 月 日	A. 一般 D. 眼底 Gその他( )	B. 簡易 E.じん肺	C. 胃レン F. 有機	円	
	男 ・ 女	S ・ H 年 月 日	A. 一般 D. 眼底 Gその他( )	B. 簡易 E.じん肺	C. 胃レン F. 有機	円	
	男 ・ 女	S ・ H 年 月 日	A. 一般 D. 眼底 Gその他( )	B. 簡易 E.じん肺	C. 胃レン F. 有機	円	
	男 ・ 女	S ・ H 年 月 日	A. 一般 D. 眼底 Gその他( )	B. 簡易 E.じん肺	C. 胃レン F. 有機	円	
	男 ・ 女	S ・ H 年 月 日	A. 一般 D. 眼底 Gその他( )	B. 簡易 E.じん肺	C. 胃レン F. 有機	円	
⑫ 合計 人数 <b>必須</b>	名	⑬ 内訳 A. 名、 B. 名、 C. 名、 D. 名 E. 名、 F. 名、 G. 名			⑭ 円 (税込)		

※1 愛知県中小企業共済加入者の方は、上表⑪共済加入欄に○印を記入してください。

受診項目 A. 一般：一般健康診断 B. 簡易：簡易健康診断 C. 胃レン：胃部レントゲン

D. 眼底：眼底撮影 E. じん肺：じん肺検査 F. 有機：有機溶剤検査

G. その他：他にご希望の検査項目がありましたらご記入ください(実費、要応談)

中小企業共済 加入者補助	⑮A.一般のみ(C.胃部レントゲン無) 1,500円× 人分	△	円
	⑯A.一般+C.胃部レントゲン有り 5,000円× 人分	△	円
⑰お支払い方法 (いずれかに○) <b>必須</b>	当日現金	請求による銀行振込	⑱ 検診料合計額 (⑭-⑮-⑯) 円
⑲ 希望受診日時 <b>必須</b> いずれかに○を付してください。(先着順のため、ご希望に添えない場合があります)			
(1) 受診希望日: 9月15日(火) ・ 9月16日(水) ・ いずれでもよい			
(2) 希望時間帯: 9時～ ・ 10時～ ・ 11時～ ・ 午後 ((C)胃部レントゲンを受診される方の受付は午前中のみ) (9月15日(火)は9:30～)			