

令和7年2月吉日

三郷市商工会

『生活習慣病予防健診』 実施について

生活習慣病予防健診を次の通り行います。対象は、事業主はもちろん家族、従業員の皆様です。ぜひ、受診されますようお知らせ申し上げます。

- ① 内容 <生活習慣病健診> 13,200円 (協会けんぽ助成申請の方は、裏面もご確認ください。)
身長・体重・腹囲測定・視力検査・血圧測定・尿検査・血液検査・聴力検査・心電図検査・眼底検査・胸部X線撮影・胃部X線撮影・内科診察・便潜血反応検査(2日法)
「協会けんぽ加入のご家族様へ 生活習慣病予防健診(被扶養者向け)」をご覧ください。
協会けんぽの付加健診(40~70歳:5歳刻み)もご利用いただけます。

【オプション項目】希望者のみ

<肺がん検査>喀痰細胞診検査	3,300円	・自己採取法(検査容器をお渡しします)
<前立腺がん検査>高感度PSA	3,300円	・血液検査
<B型・C型肝炎検査>(HBs抗原・HCV抗体)	2,200円	・血液検査
<腹部超音波検査>	4,400円	・肝臓・胆嚢・膵臓・腎臓・脾臓 を超音波(エコー)で検査します
<子宮がん検査>子宮頸部細胞診検査	3,300円	・自己採取法(検査容器をお渡しします)
<乳がん検査>乳腺超音波検査	4,400円	
<卵巣がん検査>CA125	3,300円	・血液検査
<消化器がん検査>CEA	3,300円	・血液検査
<肝臓がん等検査>CA19-9	3,300円	・血液検査
<膵臓がん検査>AFP	3,300円	・血液検査

- ② 日時 4月16日(水)、17日(木)、18日(金)
受付時間 9:00 ~ 11:15 (受付終了時間 11:15)
*混雑緩和の為、申込み先着順にて来館時間を設定させていただきます。
*受診票に来館時間を明記しますので、ご案内するお時間にご来館ください。

- ③ 場所 三郷市商工会館 2階 【電話 048 (952) 1231 FAX 048 (952) 3432】

- ④ 申込方法 申込書にご記入の上、FAX、もしくは商工会窓口までお申込みください。
【完全予約制】

- ⑤ 申込締切 3月13日(木)

- ⑥ 実施機関 一般財団法人 日本がん知識普及協会 03 (3214) 7531
受診票と検査容器は、お申込後に実施医療機関から各事業所へ郵送となります。
料金のお支払いは当日です。ご容赦願います。

<<注意事項>>

- 料金精算はおつりが生じないようにご協力お願いいたします。
- 領収書を健診当日発行いたします。 ●健診時間は1人約1時間です。
- 胃部X線検査・血液検査があるため、健診予定日の前日午後9時以降は絶食です。

協会けんぽ（全国健康保険協会）に加入の皆様

（健診費用の補助申請について）

今回の実施の生活習慣病健診については、「協会けんぽ」から費用の一部を助成していただけます。

※被保険者（令和8年4月1日付:35歳～74歳）が対象となります。（被扶養者の方は対象になりません）

※「協会けんぽ」による補助については、年度内に1回のみ申請可能です

既に他の健診等で申請済の方はご利用いただけません。

※年1回利用済みの方および、協会けんぽ（全国健康保険協会）の保険証資格者喪失の方につきましては、差額分を御請求させていただきます。

協会けんぽの補助を申請いただくと、対象の方の健診費用は下記のとおりとなります。

会 員 5,500円

※協会けんぽ指定検査全項目受診が基本となります。一部検査項目キャンセルは補助対象外となる場合がございますので、予めご了承ください。

※オプション費用につきましては、補助の対象外です。

申込書に、健康保険被保険者証の保険者番号・記号、健康保険証の番号を必ず記入してください。（未記入の場合は、補助申請なしとみなします。）

※受診後に変更出来ませんので、ご了承ください。

※協会けんぽ（全国健康保険協会）は国民健康保険（国保）とは異なりますのでご注意ください。

付加健診の詳細等につきましては、「協会けんぽ埼玉支部」のホームページでご確認、もしくは直接お問い合わせ下さい。

協会けんぽ（全国健康保険協会）埼玉支部

〒330-8686 埼玉県さいたま市大宮区錦町682-2

大宮情報文化センター（JACK大宮）16階

TEL 048-658-5919

Web サイト <https://www.kyoukaikenpo.or.jp/shibu/saitama>

※5名を超える場合はコピーしてご使用ください(重複枚申請の方は右上に送信物が何枚目かご記入をお願い致します)
例) 3枚中3枚目の場合は 2/3 枚目と記入

生活習慣病健康診断 申込書

令和 7 年 月 日

事業所名	電話		FAX													
協会けんぽの補助申請をされる場合は記入して下さい。	健康保険被保険者証の保険者番号 [A]	健康保険被保険者証の記号 [B]														
住所	〒		担当者名													
氏名	生年月日	性別	オプション項目に○をつけて下さい									希望日に○印	希望時間帯に○印	健康保険証の番号 [C]		
			3,300	3,300	2,200	4,400	3,300	4,400	3,300	3,300	3,300			3,300	3,300	被保険者
フリガナ	年月日	男・女	肺がん	PSA	肝炎	腹部超音波	子宮がん	乳がん(乳腺超音波)	卵巣がん	CEA	CA19-9	AFP	16日 17日 18日	① 9時~10時 ② 10時~11時 ③ 11時~11時15分	35~74歳	40~74歳
フリガナ	年月日	男・女	肺がん	PSA	肝炎	腹部超音波	子宮がん	乳がん	卵巣がん	CEA	CA19-9	AFP	16日 17日 18日	① 9時~10時 ② 10時~11時 ③ 11時~11時15分		
フリガナ	年月日	男・女	肺がん	PSA	肝炎	腹部超音波	子宮がん	乳がん	卵巣がん	CEA	CA19-9	AFP	16日 17日 18日	① 9時~10時 ② 10時~11時 ③ 11時~11時15分		
フリガナ	年月日	男・女	肺がん	PSA	肝炎	腹部超音波	子宮がん	乳がん	卵巣がん	CEA	CA19-9	AFP	16日 17日 18日	① 9時~10時 ② 10時~11時 ③ 11時~11時15分		
フリガナ	年月日	男・女	肺がん	PSA	肝炎	腹部超音波	子宮がん	乳がん	卵巣がん	CEA	CA19-9	AFP	16日 17日 18日	① 9時~10時 ② 10時~11時 ③ 11時~11時15分		

協会けんぽの補助申請される場合の記入方法

※協会けんぽ以外の方は記入しないでください。

年齢基準日: 令和8年4月1日

健康保険 本人(被保険者) ※
被保険者証 平成26年6月25日交付
[B] 記号 21700023 番号 [C] 21
氏名 協会 太郎
生年月日 平成 元年 5月・10日
性別 男
資格取得年月日 平成 26年 6月 1日

事業所名称 ○○株式会社
保険者番号 01101100116 [A]
保険者名称 全国健康保険協会(協会けんぽ)
保険者所在地 ○○市○○区○○町○○○

※部分 本人(被保険者) または 家族(被扶養者) とある方が対象
協会けんぽの補助申請される場合
上記 赤枠内 3箇所

[A] 保険者番号 [B] 記号 [C] 番号

例...[A]01010016(8ケタ) [B]21700023 [C]21

※受診当日は、健康保険証(有効期限内)または資格確認書を必ずご持参ください。

受診者数 _____ 名 受診料 _____ 円

【内訳】

生活習慣病健康診断	@ 13,200	×	名
(協会けんぽ補助利用の場合)	@ 5,500	×	名
注意 【協会けんぽ加入の被扶養者】	@ 7,700	×	名
肺がん検査	@ 3,300	×	名
PSA検査	@ 3,300	×	名 (男性のみ)
B型・C型肝炎検査	@ 2,200	×	名
腹部超音波検査	@ 4,400	×	名
子宮がん検査	@ 3,300	×	名 (女性のみ)
乳がん(乳腺超音波)検査	@ 4,400	×	名 (女性のみ)
卵巣がん検査	@ 3,300	×	名 (女性のみ)
CEA	@ 3,300	×	名
CA19-9	@ 3,300	×	名
AFP	@ 3,300	×	名

[C]部分は必須事項です
[C]部分は必須事項です

お支払方法の選択
現金・クレジット等・御請求書

* 来館時間の指定をさせていただきますので、必ず希望日・希望時間帯に○印をお願いします。
(未記入の場合はこちらで設定させていただきますのでご了承ください)
お申込み超過の場合は、受診希望日調整の連絡をさせていただきます。
* 混雑緩和のためご希望の日時に添えない場合がありますので、予めご了承ください。
* 本健康診断申込みに際しご提供いただいた個人情報、本健康診断への連絡及び三郷市商工会主催の健康診断のご案内以外には使用いたしません。
※料金のお支払いは当日です。おつりが生じないようにご協力をお願いします。
※お会計(精算)後のご返金はおこなっておりません。予めご了承ください。
結果のご提出は、受診から1ヶ月後位になります。

プラス付加健診(40・45・50・55・60・65・70歳)の方はご希望で追加実施可能です。詳しくは、裏面をご参照ください。
追加健診の申込み(する・しない)受診日指定になります。17日(木)のみ(する)を選ばれた方には、後日医療機関より確認の連絡が入ります。

上記 注意 : 受診当日「特定健診受診券(セット券)」をお預かりできない場合は、13,200円を御請求させていただきます。

検査項目表

		健診料金(税込)	13,200	5,500	7,700
検査	内 容	全年齢	協会けんぽ補助利用 【被保険者(本人)】 35-74歳	協会けんぽ補助利用 【被扶養者(家族)】 40-74歳	
計測	身長	○	○	○	○
	体重	○	○	○	○
	BMI	○	○	○	○
腹囲	腹囲	○	○	○	○
視力	視力(右)	○	○	○	○
	視力(左)	○	○	○	○
聴力	オーゾオ(右)1000Hz	○	○	○	○
	オーゾオ(左)1000Hz	○	○	○	○
	オーゾオ(右)4000Hz	○	○	○	○
	オーゾオ(左)4000Hz	○	○	○	○
血圧	血圧座位最高	○	○	○	○
	血圧座位最低	○	○	○	○
尿検査	尿蛋白	○	○	○	○
	尿糖	○	○	○	○
	尿潜血	○	○	○	○
血液検査	GOT(AST)	○	○	○	○
	GPT(ALT)	○	○	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○	○	○
	ALP	○	○	○	○
	総コレステロール	○	○	○	○
	HDL-コレステロール	○	○	○	○
	中性脂肪	○	○	○	○
	LDL-コレステロール	○	○	○	○
	空腹時血糖	○	○	○	○
	HbA1c	○	○	○	○
	白血球数	○	○	○	○
	赤血球数	○	○	○	○
	血色素量	○	○	○	○
	ヘマトクリット	○	○	○	○
	尿酸	○	○	○	○
	尿素窒素	○	○	○	◎
	血清クレアチニン	○	○	○	○
eGFR	○	○	○	○	
診察	問診・聴打診	○	○腹部触診含	○	○
レントゲン	胸部X線	○	○	○	○
	胃部X線	○	○	○	○
心電図	安静時心電図	○	○	○	○
眼底検査		○片眼	○片眼	○片眼	○片眼
大腸がん	便潜血反応(1日法)	○	○	○	○
	便潜血反応(2日法)	○	○	○	○

オプション	喀痰細胞診	△	△	△
	PSA	△男性	△男性	△男性
	腹部超音波	△	△	△
	HBs抗原・HCV抗体	△	△	△
	子宮細胞診(自己採取法)	△女性	△女性	△女性
	乳腺超音波	△女性	△女性	△女性
	卵巣がん検査(CA125)	△女性	△女性	△女性
	消化器がん検査(CEA)	△	△	△

○:実施、△:オプション

プラス 付加健診 40・45・50・55・60・65・70 歳の被保険者(本人)協会けんぽ補助利用 2,600円(税込) 以下の検査項目が追加になります。

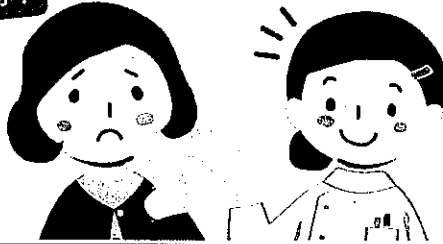
腹部超音波検査・眼底検査(両眼)・肺機能検査・血液検査(血小板数、血液像、血清総蛋白、総ビリルビン、アルブミン、LDH、血清アマラーゼ)・尿沈渣

「特定健診プラス」

のご案内

こんなことで
お悩みではありませんか？

もっと詳しく
検査を
受けたいな…。



そこでおススメが
「特定健診
プラス」です！

「特定健診プラス」とは？

○特定健診項目に検査項目を追加して加入者ご本人の生活習慣病予防健診と同じ内容にした健診です。



特定健診プラス＝生活習慣病予防健診項目

特定健診の検査項目

(基本的な健診)

- ・診察等 ・問診 ・身体計測
- ・血圧測定 ・尿検査(たんぱく・糖)
- ・血糖検査
- ・肝機能検査(GOT・GPT・γ-GTP)
- ・血中脂質検査
(中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール)

ご負担金
0 円

以下の検査項目をプラスすると
生活習慣病予防健診になります。

- ・胸部・胃部レントゲン検査
 - ・便潜血検査
 - ・心電図検査
 - ・視力聴力検査
 - ・血液一般検査
 - ・尿検査(潜血)
 - ・血中脂質検査(総コレステロール)
 - ・肝機能検査(ALP)
 - ・腎機能検査
- (全項目セットでのご受診になります。)

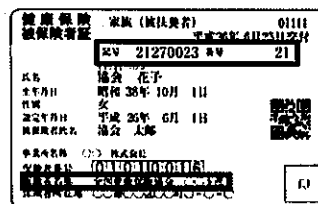


ご負担金
7,700円 のご負担で
受診当日ご精算 受診できます。

全国健康保険協会(協会けんぽ)加入の**被扶養者様 限定!**
(40~74歳)

～以下すべてに該当する方のみご受診可能～

- ・全国健康保険協会(協会けんぽ)加入
- ・被扶養者様(加入されている被保険者様の家族)
- ・対象年齢が40~74歳
- ・全国健康保険協会(協会けんぽ)が発行している「特定健康診査受診券(セット券)」をお持ちの方



※上記以外の方は対象外となるため一切ご受診できません。
※対象外の方は協会より補助が出ないため、
検査費用を全額お支払いいただくこととなります。予めご了承ください。

保険者名称に「**全国健康保険協会**」と記載があるか必ずご確認ください。
(ご加入の支部に制限はございません。)

※ご注意

受診される際は、**保険証と特定健康診査受診券(セット券)**
をお忘れなくお持ちください。

機密性

特定健康診査受診券 (セツト券)

注意 事項

この受診券の送付先

参考 見本につき、本券はご利用出来ません

特定健康診査受診券 (セツト券)

この券は、特定健康診査を受ける際に必要となるものです。また、特定健康診査の結果、特定健康指導の対象となつた場合は、この券を用いて健康診査当日に特定健康指導 (初回面談) をご利用いただくことができます。なお、健康診査当日の特定健康指導は、実施している健康機関のみのご利用となりまふのでご注意ください。

- この受診券により、特定健康診査を受診できる健康機関、健康診査日に特定健康指導もご利用いただくことができまふ健康機関などの情報は、当受診券にホームページに掲載してまふのでご参照ください。
- 受診券に印字されてまふ氏名、生年月日が被保険者証と相違ないかをよく確認してください。
- 健康機関でお支払いいただく自己負担額は、健康機関によって異なまふります。自己負担額は以下の引算方法となまふるのでご注意ください。

この受診券の送付元

特定健康診査の額 (※1) 保険者負担額 (※2) 自己負担額 (※3)

※1 健康診査の予約をする前に健康機関にお問い合わせください。
 ※2 この受診券に記載してまふります。
 ※3 自己負担額が10万円以下の場合、窓口での自己負担額は0円となまふります。

受診券整理番号 被保険者証の記号及び番号 記号 番号

年 月 日 交付

フリガナ 受診者の氏 名 別 性 別 生年月日

有効期限

- ・ 特定健康診査
- ・ その他 (当日健康指導)

医療保険者の負担

特定健康診査 (基本部分)

特定健康診査 (詳細部分)

その他 (保健指導、積極的)

その他 (保健指導、動機付け)

保険者所在地

保険者電話番号

保険者番号・名称

全国健康保険協会



- 契約取りまひめ機関名 集合B① 協会集合A① 協会集合A②
 個別契約
- 支払代行機関番号 94899010
- 支払代行機関名 社会保険診療報酬支払基金

1 この券の交付を受けたときは、必ず下記住所欄にご自宅の住所を自記してください。なお、この住所は、受診した健康機関から健康診査結果を送付する際に用いられるものです。お手数ですが、郵便番号や番地まで正確に記入してください。

2 特定健康診査を受診するときには、この券と被保険者証を窓口へ提出してください。どちらか一方だけでは受診できません。

3 特定健康診査はこの券に記載してある有効期限内に受診してください。ただし、本年度中に75歳になられる方は、誕生日の前日まで受診できます。

4 特定健康診査受診結果は、受診者本人に対して通知するとともに、保険者において保存し、必要に応じて、保健指導等に活用します。ご了承ください。

5 健康 (保健指導結果) のデータベースは、決済代行機関に点検されることがある他、同への実施結果報告として匿名化され、部分的に提出されますので、ご了承ください。

6 この券は、就業者の理由による健康保険の資格が無くなった日以降は使用できません。5日以内に必ず保険者に返却してください。

7 不正にこの券を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役刑を受けられる場合があります。

8 この券の記載事項に変更があつた場合には、すぐに保険者に申し出して訂正を受けてください。

9 特定健康診査を受診される当口は食事制限がありますので、受診日前に必ず健康機関にお問い合わせください。

※ 特定健康診査の結果、特定健康指導の対象となつた場合であつて、この券を用いて健康診査当日に特定健康指導を利用する時は、以下にご注意ください。

- 10 医療機関に受診中の場合、主治医に特定健康指導を受けてもよいかどうかを確認してください。
- 11 窓口での自己負担額は、原則、健康診査日 (特定健康指導開始時) に全額をお支払い頂きます。
- 12 特定健康指導の実施結果は保険者において保存し、必要に応じて、次年度以降の保健指導等に活用します。ご了承ください。

〒 千 市 区 番 号

 町 村 部 屋

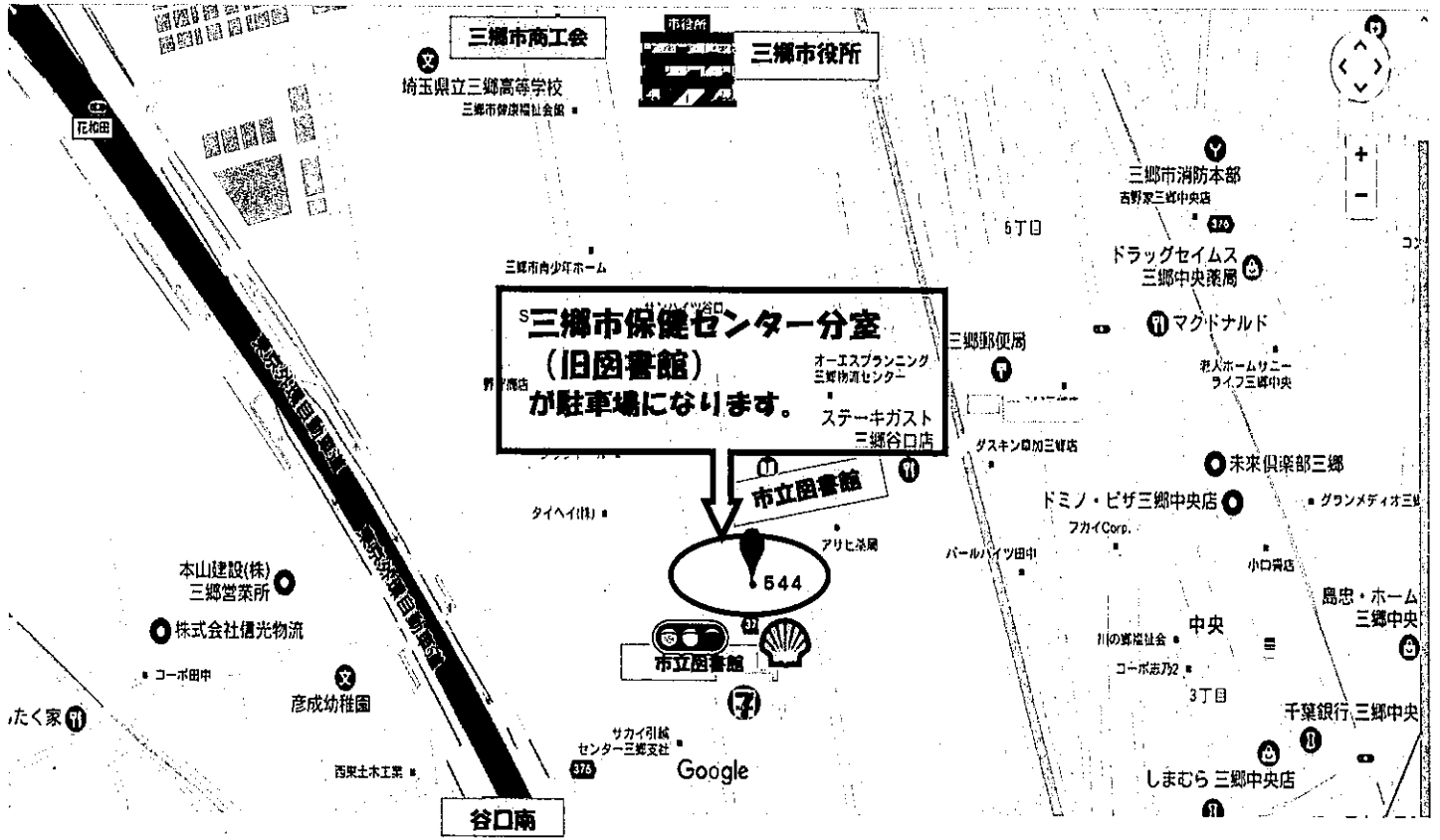
受診券二次元バーコード 利用券二次元バーコード

この二次元バーコードは、券面の所載の番号を入力し、券面下のQRコードの読み取りをすることで、券面の内容を画面に表示し、券面下の番号を入力することができます。

切り取ってご利用ください

切り取らないでください

駐車場所：三郷市谷口544（三郷市保健センター分室）



※駐車場をご利用の際は、アスファルト上ではなく、草の生えている場所に端から詰めて駐車して下さい。