

各 事 業 者 様

令和5年度定期健康診断のご案内

(公社)京都労働基準協会 舞鶴支部
指定健診機関 (一社)京都微生物研究所
附属診療所
(公印省略)

時下、益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は、当支部及び当診療所事業に格別のご理解、ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

令和5年度の定期健康診断のご案内をさせていただきます。健診内容・受診料等は、『令和5年度定期健康診断コース・受診料一覧表』でご確認を頂き、下記により別紙申込書に御記入いただき郵送又はFAXでお申込み下さい。

なお、事前にご連絡させていただいておりますが、各種医療資材・事務関係の高騰及び人件費・燃料費等の経費が上昇している関係で、今年4月より健康診断受診料を改定させていただきましたので、何卒ご理解を賜りますようお願い申し上げます。

記

- 1 申込書の記入については別紙1を参照ください。
- 2 申込後に受診者(申込者)のキャンセル(取り消し)がある場合は届いた受診票を事業所様で破棄をお願いいたします。(受診料は実際に受診された方のみご請求となります。)
- 3 前立腺がん検査(オプション)の申込後の追加・キャンセル(取り消し)はできません。必ず確認の上、申込をお願いいたします。
- 4 甲コース・乙コースの受診は当支部指定健診機関((一社)京都微生物研究所)発行の受診票持参者のみ(事前申込の方のみ)とさせていただきます。
- 5 追加の申込については可能な限り対応させていただきますが、申込時期・受診される日によっては対応できない場合があります。予めご承知おきください。
- 6 当所の管理システムとしてQRコードを運用しています。前年度、受診された方にはQRコード付の申込書を送付いたしますので、こちらからお申込をお願いいたします。(新規又は追加申込される場合で、記入欄が足りない場合は、予備申込書の用紙をご使用下さい。)

申込み・問合せ先

(一社)京都微生物研究所 北部健康管理センター
〒629-2301 与謝郡与謝野町字上山田小字岡ノ下 32 番地 1

T E L 0772-45-1131

F A X 0772-45-1135

※ 申込み締切日：令和5年4月14日(金) までに申込をお願いいたします。

令和5年度 定期健康診断 コース・受診料一覧表

(公社)京都労働基準協会 舞鶴支部

(一社)京都微生物研究所附属診療所

(年齢算定日 令和6年4月1日時点の年齢でコースを選択してください。補足参照)

<p>Bコース 5,720円 (非会員事業所 6,490円) (年齢に関係なく受診可能)</p>	<p>Aコース 3,300円(非会員事業所 4,070円) ① 個々の労働者ごとに医師が省略可能であると認める場合のみ受診可能。 ② 35歳と40歳以上は受診できません。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・問診 ・内科診察 ・胸部エックス線検査 ・身長、体重の測定 ・視力、聴力の検査 ・血圧の測定 ・尿検査 ・血液検査(13項目) ・心電図 ・腹囲測定 	<ul style="list-style-type: none"> ・問診 ・内科診察 ・胸部エックス線検査 ・身長、体重の測定 ・視力、聴力の検査 ・血圧の測定 ・尿検査

- ・ Aコースは、上記の条件①・②を満たす方のみ受診できます。申込書の備考欄にAと記入してください。
- ・ Bコース・Aコースは(公社)京都労働基準協会の会員・非会員で料金が異なります。

(年齢算定日 令和6年4月1日時点の年齢でコースを選択してください。補足参照)

<p>甲コース 5,282円 (協会けんぽ加入の35歳以上の被保険者)</p>	<p>乙コース 2,673円 (協会けんぽ加入の35歳以上の被保険者)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・問診 ・内科診察 ・胸部エックス線検査 ・身長、体重の測定 ・視力、聴力の検査 ・血圧の測定 ・尿検査 ・血液検査(17項目) ・心電図 ・腹囲測定 ・大腸がん(便)検査 ・胃部レントゲン検査 (バリウム検査) 	<ul style="list-style-type: none"> ・問診 ・内科診察 ・胸部エックス線検査 ・身長、体重の測定 ・視力、聴力の検査 ・血圧の測定 ・尿検査 ・血液検査(17項目) ・心電図 ・腹囲測定 ・大腸がん(便)検査

今年度より協会けんぽの補助金が増え、御負担金額が減りました。

生活習慣病予防健診 (甲コース・乙コース) について

甲コース・乙コースの受診料は全国健康保険協会(協会けんぽ)の補助を利用した金額です。補助の対象は協会けんぽに加入の受診年度において35歳以上の被保険者です。75歳を迎える方は誕生日の前日までが補助の対象です。健康保険証の受付中または加入予定の方も申込・受診は可能ですが、受診をされた時点で協会けんぽの手続きが完了していない場合は補助の対象外になります。また、申込後に協会けんぽの健康保険の資格を喪失した場合も補助の対象外になります。(補助の対象は受診をされた時点です。)

※補助の対象ではない方が甲コース・乙コースを受診された場合は、下記実費料金でのご請求となります。

34歳以下・扶養家族・協会けんぽ以外の健康保険に加入の方で甲コース・乙コースの健診内容を受診希望の方は下記の実費料金で受診ができます。

生活習慣病予防健診実費料金 甲実費 18,865円 乙実費 9,548円

★オプション健診について

前立腺がん受診料 1,430円 50歳以上の男性にお勧めします。採血をして血液で検査をします。
(オプション健診希望の方は、申込書の前立腺がんに○をお願いします。申込後の追加・キャンセルできません。)

★胃部レントゲンは、バリウムを服用しての検査になります。検診前夜午後10時以降は絶食で受診いただきます。(お酒やたばこ、飴なども控えてください。)

また、次の方は胃がん検診を受診することができません。

- ・バリウム服用後にアレルギー症状の出たことがある方。
- ・妊娠されている方又はその可能性のある方。
- ・体重が130kg以上の方や、当日の血圧値が著しく高い場合。
- ・その他バリウム服用後に副作用の出たことがある方。

詳しくは受診票に添付されている『健康診断を受診されるみなさまへ』を必ずお読みください。

★大腸がん検査(便検査)

事前に容器をお渡しします。便を2日分採って頂き受診時に健診会場の受付へ提出して下さい。

(便の後日提出又は健診前提出はお受けできませんので、必ず受診時に提出して下さい。)

補足

34歳以下・・・H1.4.2より後に生まれた方

35歳・・・S63.4.2～H1.4.1に生まれた方

39歳～36歳・・・S59.4.2～S63.4.1に生まれた方

40歳以上・・・S59.4.1より前に生まれた方

(年齢算定は令和6年4月1日時点での算定になります。申込時又は受診時の年齢ではありません。)

※当労働基準協会主催の健診での生活習慣病予防健診は甲コース・乙コースの健診内容のみ受診可能です。

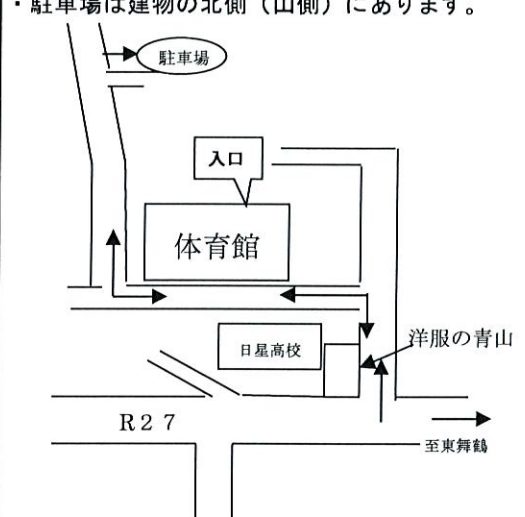
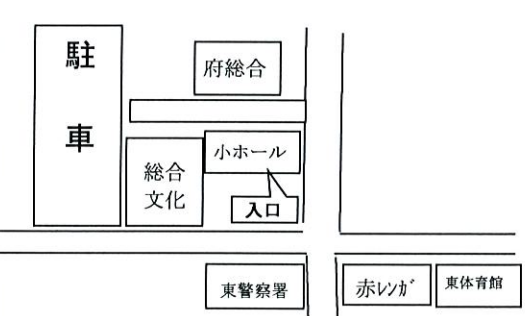
受診年度において対象の方が、乳がん・子宮がん検診及び付加健診を希望される場合は受診可能な医療機関へ生活習慣病予防健診と併せてお申込みをお願いいたします。

(補助の利用は年度内、お一人様一回限りです。)

※受診料は消費税込みの金額です。

令和5年度 定期健康診断日程表

(公社) 京都労働基準協会 舞鶴支部 電話0773-75-4731 F A X 0773-75-4777

地区	月 日	曜日	受付時間	実施健診コース	会場	
西地区	6月20日	火	9:00~11:30	B・甲・乙	舞鶴市文化公園体育館 (二階柔道場) 舞鶴市字上安久420 注意! ・建物の北側入口からお入り下さい。 (南側入口からは入れません) ・駐車場は建物の北側(山側)にあります。 	
			13:30~15:30	B・甲・乙		
	6月21日	水	9:00~11:30	B・甲・乙		
			13:30~15:30	B・甲・乙		
	6月22日	木	9:00~11:30	B・甲・乙		
			13:30~15:30	B・甲・乙		
	6月23日	金	9:00~11:30	B・甲・乙		
			13:30~15:30	B・甲・乙		
	6月20日(火)~6月23日(金)は胸部車を2台配車します。					
	6月24日	土	9:00~11:30	B・甲・乙		
13:30~15:30			B・甲・乙			
東地区	6月27日	火	9:00~11:30	B・甲・乙	舞鶴市総合文化会館 (小ホール) 舞鶴市浜2021 	
			13:30~15:30	B・甲・乙		
	6月28日	水	9:00~11:30	B・甲・乙		
			13:30~15:30	B・甲・乙		
	6月29日	木	9:00~11:30	B・甲・乙		
			13:30~15:30	B・甲・乙		
	6月30日	金	9:00~11:30	B・甲・乙		
			13:30~15:30	B・甲・乙		
	7月1日	土	9:00~11:30	B・甲・乙		
			13:30~15:30	B・甲・乙		
大浦地区	7月5日	水	9:30~11:30	B・甲・乙	大浦会館 舞鶴市字中田459番地	
			午前のみです。			

注1: 甲コース(胃部レントゲン検査)の受診について

午前に甲コースを受診の場合は、男性9:00~10:30(大浦会館9:30~10:30) 女性10:30~11:30、
午後から甲コースを受診の場合は、男性女性共13:30~15:30で受診可能です。

注2: Aコースは受診条件を満たす方のみ受診可能です。(午前・午後受診可)

★令和5年度 定期健康診断及び生活習慣病予防健診申込書

(公社)京都労働基準協会 舞鶴支部 TEL0773-75-4731

所在地	〒	事業所名	96930-
TEL		部署	
FAX		担当者	

◎郵送又はFAXにてお申込下さい。

TEL・FAX番号、担当者名の記入をお願いいたします。

〒629-2301 与謝郡与謝野町字上山田小字岡ノ下32番地1 (一社)京都微生物研究所 北部健康管理センター FAX 0772-45-1135

健康保険被保険者証の保険者番号		健康保険被保険者証の記号		氏名・フリガナ・性別・生年月日を記入し、 受診されるコースに○をつけてください。 ※甲・乙受診の方は、青色枠内も必ずご記入ください。 ※ご記入方法は別紙をご参照ください。										備考
健康 保険証 の番号	フリガナ		性別	生年月日	年齢	下記コースのいずれかに ○をつけてください					ご希望の 方は○を 付けて下さい			
	氏名					定健	生活習慣病			甲 実費	乙 実費	オプション 前立腺がん (1,430円)		
1			男・女	S・H		B	甲	乙	甲 実費	乙 実費				
2			男・女	S・H		B	甲	乙	甲 実費	乙 実費				
3			男・女	S・H		B	甲	乙	甲 実費	乙 実費				
4			男・女	S・H		B	甲	乙	甲 実費	乙 実費				
5			男・女	S・H		B	甲	乙	甲 実費	乙 実費				
6			男・女	S・H		B	甲	乙	甲 実費	乙 実費				
7			男・女	S・H		B	甲	乙	甲 実費	乙 実費				
8			男・女	S・H		B	甲	乙	甲 実費	乙 実費				
9			男・女	S・H		B	甲	乙	甲 実費	乙 実費				
10			男・女	S・H		B	甲	乙	甲 実費	乙 実費				
11			男・女	S・H		B	甲	乙	甲 実費	乙 実費				
12			男・女	S・H		B	甲	乙	甲 実費	乙 実費				
13			男・女	S・H		B	甲	乙	甲 実費	乙 実費				
14			男・女	S・H		B	甲	乙	甲 実費	乙 実費				
15			男・女	S・H		B	甲	乙	甲 実費	乙 実費				

(ご記入頂いた個人情報につきましては、本健診のためにのみ使用いたします。)

別紙 1

注意事項を確認の上、お申込をお願いします。

【注意事項】

★ 申込書の記入について

- ・ 申込書の受診コースに必ず○を付けてください。○が付いていない場合はBコースで受診票を作成します。
- ・ 新規申込の場合は必ず、漢字氏名・フリガナ・性別・生年月日を丁寧に記入してください。未記入の場合は受診票が作成できませんので甲コース・乙コース申込の場合でもBコースの受診票をお送りします。
- ★ 生活習慣病予防健診(甲コース・乙コース) 協会けんぽの補助を利用しての健診です。補助の対象は、
 - ・ 協会けんぽに加入の受診年度において35歳以上の被保険者(加入者本人)です。75歳になる方は誕生日の前日までが補助の対象です。
 - ・ 甲コース・乙コースの補助の対象は受診をされた時点です(申込時ではありません)。また手続中・加入予定の方も申込・受診は可能ですが、受診された時点で協会けんぽの手続が完了していない場合は補助の対象外になります。
 - ・ 甲コース・乙コースを申込の場合、健康保険証の下記青枠①・②・③を必ず記入してください。手続中又は加入予定で番号が分からない場合は、③の保険証の番号欄に『手続中』又は『加入予定』と記入し番号が分かり次第お知らせください。
 - ・ 青枠①・②・③の番号が未記入の場合は、協会けんぽへの補助申請ができませんので一旦ご返送させていただきます。記入後再度お申込をお願いします。
 - ・ 34歳以下、75歳以上の方が甲コース又は乙コースを申込の場合、請求時の料金トラブル防止の為当方でBコースに変更させていただきます。(下記※1参照ください。)

※1 補助の対象ではない方が甲コース・乙コースの健診内容を受診希望場合は、甲実費又は乙実費に○を付けてください。(青枠①・②・③の記入は不要です)

※2 補助の対象ではない方が甲コース・乙コースを受診された場合、各実費料金でのご請求となります。

★ 申込間違い・○の付け忘れ・記入不備による申込後及び受診票到着後のコース変更はお断りいたします。

健康保険被保険者証の保険者番号		健康保険被保険者証の記号		※このリストは昨年受診された方の一覧です。受診されない方は二重線で削除し、新規の方はご記入ください。 ※甲・乙受診の方は、青色枠内も必ずご記入ください。 ※記入方法は別紙をご参照ください。						
健康保険証の番号	フリガナ	性別	生年月日	年齢	下記コースのいずれかに○を付けてください。				ご希望の方は○を付けてください	備考
③	ケンボ タロウ 健保 太郎	男	昭和**年**月**日	B	甲	乙	甲実費	乙実費	○	A
1	健康保険被保険者証	本人(被保険者)	平成**年**月**日	00123						
2	記号11010203	番号123								
氏名		ケンボ タロウ								
生年月日		昭和**年**月**日		性別 男						
資格取得年月日		昭和**年**月**日								
事業所名称		○株式会社								
保険者番号		01126010171								
保険者名称		全国健康保険協会 ○支部								
保険者所在地		○市○○区○町○-○								

★前立腺がん検診を希望の方は○を付けてください。
申込後のキャンセル・追加はできません。

★Aコースの受診条件を満たす方で希望される場合はAと記入してください。