

令和 6 年 3 月

事業主様

(公社) 京都労働基準協会 舞鶴支部

## 特殊健康診断の実施について

平素より当支部の運営にご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

さて、労働安全衛生法に基づく令和6年度前期特殊健康診断を（一財）京都工場保健会に依頼して下記により実施致します。

該当する業務に従事する労働者には漏れなく受診されますようご案内申し上げます。

なお「溶接ヒューム」も法令改正により特定化学物質健診の対象となっていますのでご留意下さい。

お申込みは、**5月9日(木)**までに添付の申込書を舞鶴支部へFAXか E-mailでお送り下さい。

**※鉛健診に基本料金が追加されました。併せて、申込書が変更になっておりますので、記入例を参照いただき漏れのないよう記入ください。**

(公社) 京都労働基準協会 舞鶴支部

〒624-0913 舞鶴市字上安久小字安久谷原381-2

電話0773-75-4731 FAX0773-75-4777

E-mail : [maiduru-roukikyokai@nike.eonet.ne.jp](mailto:maiduru-roukikyokai@nike.eonet.ne.jp)

### 記

#### 1. 健診日程表

健診会場	月 日	受付時間	受診人数	健診種別
舞鶴港湾労働者福祉センター 2階（舞鶴市松陰19-6） （電話 0773-75-4743）	6月 11日（火）	8：30～11：30	60名	有機溶剤・ 鉛・特化物
		13：00～15：00	60名	

#### 2. 健診料金（基本料金と追加項目料金を合わせた金額が特殊健康診断の費用となります。）

	特殊健診項目	対象物質名	会員新料金 (税込)	非会員新料金 (税込)
基本料	有機溶剤健診基本料		¥4,532	¥5,038
	特定化学物質健診基本料			
	交代勤務健診			
	鉛健診基本料			

(裏面へ続く)

追加項目料金	有機溶剤健診： 代謝物1つあたり	トルエン、キシレン	¥2,233	¥2,233
	特定化学物質健診 代謝物1つあたり	エチルベンゼン、スチレン等	¥2,233	¥2,233
	特定化学物質健診： 分析の異なる 代謝物1つあたり	メチルイソブチルケトン、トリクロルエチレン、 N,N-ジメチルホルムアミド、 ノルマルヘキサン等	¥5,500	¥5,500
	有機・特化 (血液検査)	クロロホルム、1・4ジオキサン、 ジクロロメタン、トリクロルエチレン、 パークレン、ジフェニルメタン、 スチレン、ベンゼン等	¥2,618	¥2,618
	鉛健診	鉛	¥2,750	¥2,750
	溶接ヒューム マンガン	握力	¥418	¥418

※ 受診料の請求書は健診結果に同封して送付いたします。現金又は、振込（手数料は事業所負担）でお支払下さい。

### 3. その他

#### (1) 特殊健康診断をしなければならない業務・対象労働者

- 1) 労働安全衛生法施行令別表第6の2に掲げる有機溶剤の屋内での取扱い業務（塗装、払拭洗浄等）に常時従事する労働者。健診は6か月以内ごとに1回、定期に実施。
- 2) 労働安全衛生法施行令別表4に掲げる鉛を取扱う業務（ハンダ付、鉛の溶融等）に常時従事する労働者。健診は業務により6か月あるいは1年以内ごとに1回、定期に実施。
- 3) 労働安全衛生法施行令別表第3に掲げる特定化学物質（第一類・第二類物質等）を取扱う業務に従事する労働者。健診は6か月以内ごとに1回、定期に実施。

#### (2) 受診人数を決めています。

受診申込書の希望時間に○をつけてください。先着順で受け付けしますので、申し込み状況によりましては、受付時間の変更をお願いする場合がございますのでご了承ください。

#### (3) 健康診断受診の有機溶剤・化学物質についてご不明な点は、京都工場保健会までお尋ねください。

TEL 0774-48-1270 担当 事業推進部 芦田 様

#### (4) 今年度は申込書を紙ベースで同封しておりますが、来年以降の申込書につきましては（公社）京都労働基準協会舞鶴支部のホームページよりダウンロードし申し込み頂きますようお願い致します。

以上

京都労働基準協会舞鶴支部  
 宛先) FAX番号0773-75-4777  
 断 書 (宛先) FAX番号0773-75-4777  
 断 書 (宛先) FAX番号0773-75-4777  
 断 書 (宛先) FAX番号0773-75-4777

事業所名		住所 郵便番号			担当者		連絡先 (TEL)	
No.	健診種別 有機・特化・鉛	取扱物質名 ※記入必須	フリガナ 氏名	性別	生年月日	入社年月日 (西暦)	希望時間	
1	有機	キシレン・トルエン・握力	けんこう たろう 健康 太郎	男・女	昭・平 年 月 日		6/11 AM PM	
2				男・女	昭・平 年 月 日			
3					昭・平 年 月 日			
4								
5								
6				男・女	昭・平 年 月 日		6/11 AM PM	
7				男・女	昭・平 年 月 日		6/11 AM PM	

※取り扱い物質については必ず記載ください。前回と変更がない場合でも記載をお願いいたします。

健診の種別  
 について記入  
 してください。

取り扱い物質名につい  
 て記入してください。

氏名、フリガナを  
 フルネームで  
 記入してください。

健診希望日時に○を記入  
 してください。

内の記入箇所については全て記載ください。

お支払いについて

※ 支払い方法に○をつけてください。( 現金 ・ 振込 )

※ 現金でお支払いの場合は、健診結果に同封の請求書をご持参の上、(公社) 京都労働基準協会舞鶴支部までお越し下さい。  
 振込でお支払いの場合は、健診結果と一緒に請求書をお送りいたします。

# 特 殊 健 康 診 断 申 込 書

(宛先) FAX番号0773-75-4777 京都労働基準協会舞鶴支部

事業所名		住所	郵便番号	担当者		連絡先 (TEL)	
No.	健診種別 有機.特化.鉛	取扱物質名 ※記入必須	フリガナ 氏 名	性別	生年月日	入社年月日 (西暦)	希望時間
1				男・女	昭・平 年 月 日		6/11 AM PM
2				男・女	昭・平 年 月 日		6/11 AM PM
3				男・女	昭・平 年 月 日		6/11 AM PM
4				男・女	昭・平 年 月 日		6/11 AM PM
5				男・女	昭・平 年 月 日		6/11 AM PM
6				男・女	昭・平 年 月 日		6/11 AM PM
7				男・女	昭・平 年 月 日		6/11 AM PM
8				男・女	昭・平 年 月 日		6/11 AM PM
9				男・女	昭・平 年 月 日		6/11 AM PM
10				男・女	昭・平 年 月 日		6/11 AM PM

お支払いについて

※ 支払い方法に○をつけてください。( 現金 ・ 振込 )

※ 現金でお支払いの場合は、健診結果に同封の請求書をご持参の上、(公社) 京都労働基準協会舞鶴支部までお越し下さい。  
振込でお支払いの場合は、健診結果と一緒に請求書をお送りいたします。