



2022 年度 健康診断のご案内

今年度はリニューアル！健康診断の健診機関が変更となり、健診コース・料金等が例年と異なります。本年度より大腸がんを早期発見できる便潜血2回法が基本項目に追加され、胃部X線が選択できます。新型コロナウイルス感染症対策を講じながら実施します。

【日程】

| 日時 | 会場 | 受診時間 | |
|--------------------|---|---|--|
| 9月 5日(月) 16日(金) | 三ツ原工業会館 2階 青梅市今井3-4-23 ※駐車場はありません 小作駅東口より路線バス「三ツ原工業会館前」で下車ください。 | 9:00~12:00 受付時間:9:00~11:30 | <div style="border: 1px solid blue; padding: 2px; width: fit-content; margin-bottom: 5px;">胃部X線は 午前中のみ</div> ★混雑を避ける 為、受付時間を割 り振らせていただき ます。 8月下旬に配布す る問診票にて通知 します。 |
| 9月12日(月) | 霞共益会館 3階 青梅市野上町 2-21-5 ※駐車場は数に限りがございます | 9:00~12:00/13:00~16:00 午前受付時間:9:00~11:30 午後受付時間:13:00~15:30 | |

※受診申込者数が特定の日に集中してしまった場合は、受診日の変更のご相談をさせていただくことがございます。

【コース】

| 健診コース | | 金額(税込) | 胃部X線あり(税込) | 健診内容(基本項目) |
|---|-------------------------------|--------|------------|---|
| 定期健診 ※1 (35歳未満及び協会けんぽ未加入) | | 8,580円 | 18,480円 | 身長、体重、腹囲、視力、血圧、問診、診察、尿検査、聴力検査、心電図検査、胸部X線、便潜血2回法、貧血、肝機能、血中脂質、血糖、(胃部X線) |
| 協会けんぽ生活習慣病健診 ※2 (全国健康保険協会 通称:協会けんぽ限定35歳以上) | | 3,819円 | 7,169円 | |
| オプション検査 (血液によるがん検査) | ①PSA *男性のみ | 1,870円 | / | PSA【前立腺検査】 |
| | ②腫瘍マーカー3種 (CEA、AFP、CA19-9) | 5,390円 | | CEA【大腸がん・肺がん】 AFP【肝がん】 CA19-9【膵がん・胆のうがん・胆管がん】 |

※1 定期健診をお申込みの方で、新・生命共済『ぷらむ』にご加入中の方には補助が出来ます！！

2022年9月末現在加入されている方に限ります。

加入状況を確認上、後日掛金振替口座へ入金させていただきます。【補助額】1名1,000円

※2 協会けんぽ生活習慣病健診を申込みの方は、補助があるため、通常よりお安く受診できます！！

対象者：青梅商工会議所会員及び三ツ原工業会会員事業所の従業員 ※就学者を除く

健診機関：医療法人社団 新町クリニック

申込方法：web または FAX・郵送にてお申込み(8月下旬に問診票等をお送りします)

<https://forms.gle/6hWcvGRvG4YYp1et8>

申込締切：8月12日(金) <必着>

支払方法：健診結果とともに請求書を新町クリニックより送付します

健診結果：事業所宛に個人宛結果1部と健診結果一覧表1部(会社控え)を送付します

定期健診・協会けんぽ生活習慣病 健診申込書

Web申込以外は直接 健診機関へご提出ください
FAX: 0428-31-1777

198-0024 東京都青梅市新町3丁目53-5
(医療法人社団 新町クリニック)

事業所情報は正式名称でご記入をお願いします。問診票・健診結果・請求書の送り先として使用します

↓ Web申込みフォーム

| | | | | |
|------|---|------|---------|---|
| 事業所名 | | ご担当者 | |  |
| 所在地 | 〒 | TEL | () () | |
| | | FAX | () () | |

9/5(月)・9/16(金) 三ツ原工業会館2階 9/12(月) 霞共益会館3階

※受診者が多い場合は本申込書をコピーしてご使用ください。
※外国人の方は、ローマ字表記の上、ふりがなを記入してください。
※オプション検査をご希望の方は表面オプション検査表の番号をご記入ください。

協会けんぽ生活習慣病健診を希望される方へ
協会けんぽ生活習慣病健診の対象は協会けんぽ加入の35歳以上の方(2023年4月1日時点)となります。ご希望される方は必ず保険者番号・保険記号・保険番号の記入をお願いいたします。

| No. | フリガナ氏名 | 生年月日 | 健診コース | オプション検査 | 協会けんぽの場合はご記入ください | | 希望受診日 | 本人同意確認 |
|-----|---------------------------------|----------------------|---|----------------|------------------|-------|---|--|
| | | | | 協会けんぽ保険者番号(8桁) | | 保険証番号 | | |
| 例 | フリガナ シンマチ タロウ 氏名 新町 太郎 | 昭和 平成 12. 3. 4 | <input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 定期(胃XPあり) <input checked="" type="checkbox"/> 協会けんぽ生活 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ生活(胃XPあり) | ① ② | 0 1 1 3 0 0 1 2 | 1234 | <input checked="" type="checkbox"/> 9/ 5(月) <input type="checkbox"/> 9/12(月) 午前 <input type="checkbox"/> 9/12(月) 午後 <input type="checkbox"/> 9/16(金) | <input checked="" type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない |
| | 性別 男・女 | | | | 1 2 3 4 5 6 7 8 | | | |
| 1 | フリガナ 氏名 | 昭和 平成 | <input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 定期(胃XPあり) <input type="checkbox"/> 協会けんぽ生活 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ生活(胃XPあり) | | | | <input type="checkbox"/> 9/ 5(月) <input type="checkbox"/> 9/12(月) 午前 <input type="checkbox"/> 9/12(月) 午後 <input type="checkbox"/> 9/16(金) | <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない |
| 2 | フリガナ 氏名 | 昭和 平成 | <input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 定期(胃XPあり) <input type="checkbox"/> 協会けんぽ生活 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ生活(胃XPあり) | | | | <input type="checkbox"/> 9/ 5(月) <input type="checkbox"/> 9/12(月) 午前 <input type="checkbox"/> 9/12(月) 午後 <input type="checkbox"/> 9/16(金) | <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない |
| 3 | フリガナ 氏名 | 昭和 平成 | <input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 定期(胃XPあり) <input type="checkbox"/> 協会けんぽ生活 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ生活(胃XPあり) | | | | <input type="checkbox"/> 9/ 5(月) <input type="checkbox"/> 9/12(月) 午前 <input type="checkbox"/> 9/12(月) 午後 <input type="checkbox"/> 9/16(金) | <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない |
| 4 | フリガナ 氏名 | 昭和 平成 | <input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 定期(胃XPあり) <input type="checkbox"/> 協会けんぽ生活 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ生活(胃XPあり) | | | | <input type="checkbox"/> 9/ 5(月) <input type="checkbox"/> 9/12(月) 午前 <input type="checkbox"/> 9/12(月) 午後 <input type="checkbox"/> 9/16(金) | <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない |

～ 個人情報について ～

当所では、個人情報保護(https://www.omecci.jp/privacy/)に努めています。お申込みの際にご記入いただきました個人情報は、受診者ご本人様から同意をいただいた上で、本事業の実施及び運営のために利用させていただきます。なお、同意をいただけない場合や記入項目に漏れ等があった場合には、サービスの提供を受けられない場合がありますので、あらかじめご了承ください。なお今回収集しました個人情報は、医療法人社団 新町クリニックへ提出いたします。※混雑を避ける為、受付時間を割り振らせていただきます。問診票にて受付時間をご案内します。

《問合せ》 青梅商工会議所 地域振興課 濱田・馬橋 TEL: 0428-23-0112
※FAX・郵送にてお申込みの場合は直接 医療法人社団新町クリニックへご提出ください。