

## 法人会会員企業の皆様へ

# 健診バスによる健康診断のお知らせ

平素は当会事業に格別のご高配を賜りまして、厚く御礼申し上げます。

さて当会福利厚生事業の一環と致しまして御案内しております健診バスによる健康診断が、下記の日程で行われます。

厚生労働省の労働安全衛生規則第44条にも、労働者の一年に一度の定期健康診断が義務付けられておりますので、この機会に是非お申込み下さい。

予約締切 : 平成25年 8月2日(金)まで

実施日時 : 平成25年 9月7日(土) 9:00~13:00  
(最終受付 12:00)

実施場所 : 石巻ルネッサンス館 (宮城県石巻市開成1番地の35)

御支払方法 : 当日、受付にて精算となります。(費用は下記のとおり)

申込方法 : 裏面のFAX用紙にてお申込みください。

※今回の募集は90名様程度で締め切らせていただきます。お早めにお申込みください。

※30名様以上のお申し込みがない場合、バス健診を中止することがございます。御了承ください。

| 健診コース                                         | 検査内容                                                                                                                                        | 料金(税込価格)                                                             |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 協会けんぽ<br>一般健診<br>※協会けんぽの被保険者で、<br>35歳~74歳までの方 | 問診・身体計測・腹囲・血圧・視力・聴力・<br>胃部レントゲン(直接撮影)・胸部レントゲン(直接撮影)・<br>採血(腎機能・肝機能・貧血・脂質・血糖)・<br>心電図・尿・便・診察<br><br>※未実施項目がある場合、項目によっては料金が減額となる<br>場合もございます。 | 6,834円<br><br>※協会けんぽの被保険者でない方<br>で、こちらのコースをご希望の場合<br>税込18,007円となります。 |
| 定期健診                                          | 問診・身体計測・腹囲・血圧・視力・聴力・<br>胸部レントゲン(直接撮影)・<br>採血(肝機能・貧血・脂質・血糖)・心電図・尿                                                                            | 8,610円                                                               |

| 追加オプション検査                                              | 料金(税込価格) |
|--------------------------------------------------------|----------|
| 協会けんぽ 子宮頸がん検診(頸部細胞診)<br>※協会けんぽの被保険者で、20歳~74歳までの偶数年齢の方  | 630円     |
| 子宮頸がん検診(頸部細胞診)<br>※協会けんぽの被保険者で奇数年齢の方、または協会けんぽの被保険者でない方 | 4,200円   |
| 乳がん検診(乳房超音波検査)<br>※マンモグラフィー検査は今回実施いたしません。              | 3,150円   |

# 公益社団法人石巻法人会行き

FAX番号：0225-93-6705

## 【健診バスによる健康診断 希望申込書】

※【協会けんぽ一般健診】、【協会けんぽ子宮頸がん検診】のお申込みを希望される場合、協会けんぽへ提出した「生活習慣病予防健診申込書」を一緒にFAX送信願います。

※今回の募集は90名様程度で締め切らせていただきます。お早めにお申込みください。

※30名様以上のお申し込みがない場合、バス健診を中止することがございます。御了承ください。

●送信前に、もう一度FAX番号をご確認ください

|                                          |                                                           |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 申込日（記入日）                                 | 平成      年      月      日                                   |
| ご氏名（フリガナ）・性別                             | 男<br>女                                                    |
| 健康保険組合名                                  |                                                           |
| 会社名                                      |                                                           |
| ご希望コース<br>※ご希望コースに○をつけてください              | 協会けんぽ一般健診      ・      定期健診                                |
| オプション<br>※ご希望のオプションがございましたら<br>○をつけてください | 協会けんぽ子宮頸がん検診      ・      子宮頸がん検診      ・      乳がん検診        |
| 生年月日                                     | T・S・H      年      月      日（      歳）                       |
| 問診キット・結果送付先<br>ご住所                       | 〒（      ）                                                 |
| ご連絡先                                     | 携帯・自宅・会社      ※日中(8:30～17:00)連絡可能な番号をご記入ください。<br>（      ） |

### 「個人情報取扱について」

ご記入いただきましたお客様の個人情報につきましては、せんだい総合健診クリニックに関する情報のご案内、お客様との連絡及びクリニックにおけるサービス向上を目的とした調査資料にのみ利用させていただきますこととし、他の第三者への提供は一切行いません。



SHINKOKAI 医療法人社団進興会

せんだい総合健診クリニック

〒980-0811

仙台市青葉区一番町1-9-1 仙台トラストタワー4F

TEL：022-221-0066

FAX：022-221-0020