

榎原商工会議所 会員限定

榎原商工会議所はインボイス制度登録事業者です
[登録番号：T5150005004778]

令和7年度
労働安全衛生法に基づく **健康診断のご案内**
～事業所は 労働安全衛生法により 年一回 従業員の健康診断実施が義務付けられています～

榎原商工会議所では、事業主やそのご家族ならびに従業員を対象とした健診事業を実施しています。
本年度も下記の要領にて実施いたしますので、この機会にぜひ受診していただき、皆様の健康管理にお役立てください。
＜本健康診断事業につきましては、社会医療法人平成記念会 平成記念病院に委託しております。＞

◆実施日： 令和 7 年 **10月22日(水)・23日(木)**
※どちらかご都合のよい日に受診して下さい

◆受付時間： 〈午前の部〉 **9:00 ～ 11:30**
〈午後の部〉 **13:30 ～ 16:15**
※上記時間以外は受付できません

◆実施場所： やまとへいやとちかいりょうく
大和平野土地改良区(榎原市城殿町459)
※大和平野土地改良区建物の敷地内は駐車禁止です。
当日は専用駐車場をご用意いたします。
※できるだけお車に乗り合わせての来場にご協力ください。
※駐車の際は係員の指示に従ってください。



大和平野土地改良区
地図

◆申込〆切日： 令和 7 年 **9月10日(水)**【必着】

裏面の【健康診断 受診申込書】に必要事項を記入し、**郵送・FAX・メール**のいずれかの方法でお申込みください。(申込先は裏面をご覧ください)

◆申込方法： ※榎原市の助成を受けられる方は別紙【榎原市保険年金課からのご案内】の裏面
「**榎原市国民健康保険の助成希望用紙**」にもご記入の上、一緒にお送りください。
※健康診断 受診申込書は当所ホームページからもダウンロードできます[エクセルシート]
※申込後については右ページの【健康診断の流れ】をご覧ください。
※郵送の場合、申込内容をお手元に残すため、郵送前にコピー等されることを
お勧めします。
※例年受診される事業所様は、個別に送付する案内に別紙申込用紙を同封して
おりますので、そちらでお申し込みください。(※送付は8月上旬)



ホームページ
(健康診断)

◆健診項目： ・**定期健康診断：8,250円**(税込み・割引特典の詳細は右ページをご覧ください)
・**各種オプション検査**(オプション検査のみの受診は出来ません)
※検査内容・受診料の詳細は裏面をご覧ください。

◆その他： ★内容変更について： お申込み後の変更は承れない場合がございます。
※欠席や、やむを得ない場合の変更については**必ず事前に裏面のお問合せ先**
までご連絡ください。
★受診料のお支払い： 後日、事業所宛に請求書及び振込用紙を送付いたします。
※受診当日のお支払いはありません。

健康診断の流れ

- ① **お申し込み** ① 裏面の【健康診断 受診申込書】に必要事項をご記入の上、お申し込みください
(申込方法詳細は左ページをご確認ください)
※健康診断 受診申込書は当所ホームページからもダウンロードできます[エクセルシート]
※榎原市の助成を受けられる方は別紙【榎原市保険年金課からのご案内】の裏面「**榎原市国民健康保険の助成希望用紙**」にもご記入の上、一緒にお送りください。
- ② **検診セット 送付** ② 検診セットを事業所宛にお送りいたしますので、各受診者様にお渡しください。
【検診セット】：「受付カード」・「検尿キット」・「大腸がん検査容器(※オプション検査申込者のみ)」等
- ③ **受 診** ③ 各自、検診セットをご持参の上、会場で受付を行い受診してください。※受付時間厳守
※**検診セットは必ず受診者ご自身でご持参ください。**
- ④ **お支払い** ④ 後日、事業所宛に請求書及び振込用紙を送付いたします。
お振込みまたは当所窓口にて、請求書に記載する期日内にお支払いください。
- ⑤ **受診結果** ⑤ 受診結果は事業所宛にレターパックにて送付いたします。
なお、受診から1ヶ月程度かかりますのでご了承ください。

各種特典！

★まほろば共済(生命共済)・榎原商工会議所建設業一人親方労災保険会
加入者 限定特典★

割引
特典

『まほろば共済(生命共済)』のご加入者様及び『榎原商工会議所建設業一人親方労災保険会』のご加入者様が受診されると1名につき、**500円を割引補助！** この機会にぜひお得に受診ください！！

【注意事項】

- ◆『まほろば共済』、『榎原商工会議所建設業一人親方労災保険会』加入者割引はいずれかのみ適用となります。
- ◆まほろば共済の特典は**受診日時点での加入者**が対象となります。(お申し込み時に加入されていても受診時に脱退されている方は対象外となります)
- ◆榎原市国民健康保険加入者で、榎原市より受診料の助成を受ける方は対象外となります。

◆榎原市 国民健康保険加入者(40歳以上75歳未満)
定期健康診断 受診料無料

受診料
無料

別紙「榎原市保険年金課からのご案内」をご覧ください。裏面「**榎原市国民健康保険の助成希望用紙**」に必要事項をご記入の上お申し込みください。
※お申込みがないと助成の対象となりません。 ※オプション検査は助成の対象外です。

奈良県中和保健所からのお知らせ

◆健康と飲酒についてのアンケート◆

本年も健康診断の当日に、奈良県中和保健所ブースにて「健康と飲酒についてのアンケート」を実施します。(回答は任意です) アンケートの結果より保健所担当者が皆様の健康づくりのためサポートを行います。ご希望の方にはその後のフォローアップも行います。是非、アンケートにご協力をお願いします。

健診項目及び受診料

★榊原市国民健康保険加入者で、40歳以上75歳未満の方は榊原市より受診料の助成があります！
詳しくは別紙「榊原市保険年金課からのご案内」をご覧ください

[受診料:税込・税率10%]

定期健康診断	検査内容			受診料	
	・既往歴、業務歴の調査 ・身長 ・血圧測定 ・尿(蛋白、糖、ウロビリノーゲン) ・血液検査 [肝臓機能(GOT、GPT、 γ -GTP)、脂質(TG、HDL-cho、LDL-cho) 貧血(RBC、Hb、Ht)、血糖値]	・自他覚症状の有無 ・腹囲測定 ・聴力(1000、4000Hz) ・心電図(安静時) ・胸部X線デジタル撮影	・診察 ・視力	8,250円	まほろば共済 (生命共済) 加入者 ★ 7,750円 ★割引特典の詳細は 表面をご覧ください

オプション検査

※オプション検査のみの受診はできません。

[受診料:税込・税率10%]

番号	検査項目	内容	受診料
①	腫瘍マーカー	① 腫瘍マーカーセット (CEA、CA19-9、AFP、シフラ)	7,700円
②		② 腫瘍マーカー女性セット (SCC、CA125、CA15-3)	5,610円
③		③ CEA ①に含まれています。	2,090円
④		④ SCC ②に含まれています。	2,200円
⑤		⑤ エラスターゼ1	2,530円
⑥		⑥ PSA	2,860円
⑦	アレルギー検査	⑦ View39	15,070円
⑧		⑧ 樹木セット(春先)	4,510円
⑨		⑨ イネ科セット(初夏～秋)	5,280円
⑩		⑩ 雑草セット(秋)	5,280円
⑪		⑪ 食物セット	5,280円
⑫		⑫ 食物セット(甲殻類)	2,310円
⑬		⑬ ペットセット	3,410円
⑭		⑭ ハウスダストセット	2,310円
⑮	血液検査	⑮ 心臓血管検査 BNP	2,200円
⑯		⑯ 胃がんリスク検査	4,950円
⑰		⑰ HbA1c(ヘモグロビン・エワンシー)	770円
⑱		⑱ 甲状腺機能	5,280円
⑲		⑲ 脳梗塞リスク検査	10,010円
⑳		⑳ 尿酸検査 NEW	330円
㉑	㉑ 石綿(アスベスト)検診	問診・胸部レントゲン	7,150円
㉒	大腸がん検査	㉒ 便潜血反応(1回法)	1,540円
㉓		㉓ 便潜血反応(2回法)	2,860円

お申込み・お問合せ先 榊原商工会議所 健康診断担当 〒634-0063 榊原市久米町652-2
TEL:0744-28-4400 FAX:0744-28-4430
E-Mail:uketsuke@kashihara-cci.or.jp HP:https://kashihara-cci.or.jp/



健康診断 受診申込書

榊原商工会議所 〒634-0063 榊原市久米町652-2 TEL 0744-28-4400
申込書送付先 ⇒ FAX:0744-28-4430 E-Mail: uketsuke@kashihara-cci.or.jp

★この申込書は、新規申込用です★

例年受診される事業所様は、個別に送付する案内に同封の別紙申込用紙にてお申し込みください。
(※送付は8月上旬)

事業所名			
事業所所在地			
代表者名	ご担当者名		
電話(連絡先)	FAX		

⇒ 受診希望日に○をご記入ください。
⇒ オプション検査希望の方は、『オプション検査』項目に番号をご記入下さい。
⇒ 『まほろば共済(生命共済)』、『榊原商工会議所建設業一人親方労災保険会』に加入されている方は、各欄に○をご記入ください。特典がございます。
⇒ (特典の詳細は表面をご覧ください。)
⇒ 榊原市国民健康保険加入者(40歳以上75歳未満の方)で榊原市より受診料助成希望の方は、別紙「榊原市保険年金課からのご案内」の裏面に必要事項をご記入の上、併せてお申し込みください。
⇒ 書ききれない場合は申込書をコピー等してご記入ください。

※詳細は裏面『健康診断のご案内』をご覧ください

まほろば共済 未加入の事業所様
いずれかに○をつけて下さい

- ・共済の説明を聞きたい
- ・加入希望
- ・加入しない

1	氏名	フリガナ	生年 月日	昭和・平成 年 月 日	性別 男・女	受診希望日 10/22 (水) 10/23 (木)
	オプション検査 受診希望項目の 番号記入				加入者は○を記入 まほろば共済 (生命共済)	建設業一人親方 労災保険会
2	氏名	フリガナ	生年 月日	昭和・平成 年 月 日	性別 男・女	受診希望日 10/22 (水) 10/23 (木)
	オプション検査 受診希望項目の 番号記入				加入者は○を記入 まほろば共済 (生命共済)	建設業一人親方 労災保険会
3	氏名	フリガナ	生年 月日	昭和・平成 年 月 日	性別 男・女	受診希望日 10/22 (水) 10/23 (木)
	オプション検査 受診希望項目の 番号記入				加入者は○を記入 まほろば共済 (生命共済)	建設業一人親方 労災保険会
4	氏名	フリガナ	生年 月日	昭和・平成 年 月 日	性別 男・女	受診希望日 10/22 (水) 10/23 (木)
	オプション検査 受診希望項目の 番号記入				加入者は○を記入 まほろば共済 (生命共済)	建設業一人親方 労災保険会
5	氏名	フリガナ	生年 月日	昭和・平成 年 月 日	性別 男・女	受診希望日 10/22 (水) 10/23 (木)
	オプション検査 受診希望項目の 番号記入				加入者は○を記入 まほろば共済 (生命共済)	建設業一人親方 労災保険会