

令和8年7月1日

会員 各位

鎌ヶ谷市商工会
会長 井手 勝則
(公印省略)

令和8年度定期健康診断実施について

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、会員事業所の福利厚生 of 充実、事業主及び従業員等の健康増進を目的とする定期健康診断を、下記のとおり実施いたしますのでご案内申し上げます。

なお、実施機関の料金改定により健診料が変更されました。

記

1. 日 時 令和8年10月6日(火)・7日(水)・8日(木)・9日(金)
午前8時30分～11時30分(別紙、割り振り表の通り受診日・時間には人数制限があります。)

2. 健診会場 鎌ヶ谷市商工会館(住所: 鎌ヶ谷市南初富 6-5-60)

3. 定 員 458名

4. 健 診 料 Aコース 7,200円 Bコース 14,000円
(税込) Cコース(協会けんぽ生活習慣病) 6,100円

※Cコースとは協会けんぽご加入者(被保険者)35歳以上のみお申し込みができます。協会けんぽより送付されております全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診対象者一覧又は、健康保険証の番号が必要となります。(胃部XP(デジタル撮影)は昨年度より必須検査項目です。)

※Cコースオプション 超音波検査、眼底検査 3,700円(希望する方は、申込書のオプション欄に○を付けてください。)

◎費用は商工会員特別料金となっております。

5. 申込方法 申込書に必要事項を記入し、商工会にお申込下さい。なるべく御希望に沿えるよう日程調整を行い、**変更していただきたい事業所**には連絡いたしますので、予めご了承ください。受診票、健診料については**9月中旬頃ご連絡**いたします。

6. 申 込 先 鎌ヶ谷市商工会 FAX 047-442-1493 もしくは E-mail: kama08@kamagaya.or.jp

7. 申込締切 7月24日(金)(但し定員となり次第締切とさせていただきますのでご了承下さい。)

検 査 項 目	A コース	B コース	C コース
医師診察・血圧測定・身体計測(肥満度)・視力測定・腹囲測定	○	○	○
尿検査(糖定性・蛋白定性・潜血反応)	○	○	○
聴力検査・心電図検査・胸部XP(デジタル撮影)	○	○	○
血液検査(肝機能・脂質・貧血・血糖)	○	○	○
血液検査(腎機能・尿酸)		○	○尿素窒素なし
胃部XP(デジタル撮影)		○	○
大腸検査(便潜血反応)		○	○
超音波検査(上腹部)・眼底検査(眼底カメラ)		○	オプション

○印が標準検査項目です。

令和8年度定期健康診断申込書

鎌ヶ谷市商工会 FAX: 047-442-1493 E-mail: kama08@kamagaya.or.jp 令和8年7月 日

事業所名		代表者名			
住 所		電話番号		FAX	

割り振り表のとおり、各時間帯ごとに受診できる人数に制限を設けておりますので、受診日・受付時間を厳守ください。円滑な事業推進のためにご理解ご協力をお願いいたします。

フリガナ 氏 名	性別	生年月日	希望日 (○をつける)	希望時間 (○をつける)	コース (○をつける)	オプション
	男・女	S H 年 月 日 才	6日・7日 8日・9日	8:30 9:00 9:30 10:00 10:30 11:00 11:30	A B C	
	男・女	S H 年 月 日 才	6日・7日 8日・9日	8:30 9:00 9:30 10:00 10:30 11:00 11:30	A B C	
	男・女	S H 年 月 日 才	6日・7日 8日・9日	8:30 9:00 9:30 10:00 10:30 11:00 11:30	A B C	
	男・女	S H 年 月 日 才	6日・7日 8日・9日	8:30 9:00 9:30 10:00 10:30 11:00 11:30	A B C	
	男・女	S H 年 月 日 才	6日・7日 8日・9日	8:30 9:00 9:30 10:00 10:30 11:00 11:30	A B C	
	男・女	S H 年 月 日 才	6日・7日 8日・9日	8:30 9:00 9:30 10:00 10:30 11:00 11:30	A B C	

氏名には必ずフリガナを書いて下さい。また、生年月日（健診日の年齢）は必ず記入して下さい。

申込書が足りない場合は、適宜コピーしてご記入下さい。

申込書に記載された個人情報につきましては、当事業の目的にのみ使用いたします。