

長浜商工会議所 健康診断のご案内

実施機関

一般財団法人 近畿健康管理センター (KKC)

電話 : (077) 551-0500 FAX : (077) 551-0650

日程、項目、料金

日時		健診項目	協会けんぽ一般健診 (35歳以上)	定期健康診断
2024年	4月16日(火) 9:00~13:45	身長、体重、腹囲	●	●
		検尿	●	●
	6月18日(火) 9:00~13:45	血圧	●	●
		視力、聴力	●	●
	8月6日(火) 9:00~11:45	診察	●	●
	8月20日(火) 9:00~13:45	胸部X線撮影	●	●
		安静時心電図検査	●	●
	10月15日(火) 9:00~13:45	血液検査	●(16項目)	●(11項目)
		胃部X線撮影	●	
	12月17日(火) 9:00~13:45	便潜血検査(2回法)	●	
2025年	2月18日(火) 9:00~11:15	料金(税込)	18,865円 (負担額: 最大 5,282円)	9,350円

※9:00~13:45の場合は、午前11:15まで、午後13:00より開始です。

※特殊健診もご受診いただけます。詳細についてはお問い合わせください。

※血液オプション検査は当日お申込みいただけます。詳細は事前にお送りする準備物を参照ください。

※長浜市国民健康保険の被保険者の方は、長浜市から送付されている「特定健康診査受診券」を当日持参いただき、受付でご提出ください。

実施場所

長浜商工会議所 2階会議室 (長浜市高田町12番34号)

※駐車場は、さざなみタウンの有料駐車場をご利用ください。(施設利用者は無料です)

申込締切日

準備の都合上、希望される健診日の1カ月前までにお申込みください。

※お申込みにつきましては裏面の申込書を用いて、**(一財)近畿健康管理センター宛てに FAX**をお願いします。

結果・請求

後日事業所宛てにお送りします。

長浜商工会議所 健康診断受診申込書

宛先：(一財)近畿健康管理センター 申込日：西暦 年 月 日

TEL：077-551-0500 FAX：077-551-0650

2024年度 健診実施日			
4月16日	6月18日	8月6日	8月20日
10月15日	12月17日	2月18日	

【お申込者】 事業所名 _____ 電話番号 _____
 所在地 〒 _____ 担当者名 _____

受診者氏名	性別	生年月日	受診項目 (□に✓を記入ください)	受診日
フリガナ	男・女	西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 定期健康診断(全項目)	
			<input type="checkbox"/> 協会けんぽ一般健診 (保険者番号: _____ 記号: _____ 番号: _____) <input type="checkbox"/> 特殊健診 (溶剤名: _____)	
フリガナ	男・女	西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 定期健康診断(全項目)	
			<input type="checkbox"/> 協会けんぽ一般健診 (保険者番号: _____ 記号: _____ 番号: _____) <input type="checkbox"/> 特殊健診 (溶剤名: _____)	
フリガナ	男・女	西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 定期健康診断(全項目)	
			<input type="checkbox"/> 協会けんぽ一般健診 (保険者番号: _____ 記号: _____ 番号: _____) <input type="checkbox"/> 特殊健診 (溶剤名: _____)	
フリガナ	男・女	西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 定期健康診断(全項目)	
			<input type="checkbox"/> 協会けんぽ一般健診 (保険者番号: _____ 記号: _____ 番号: _____) <input type="checkbox"/> 特殊健診 (溶剤名: _____)	
フリガナ	男・女	西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 定期健康診断(全項目)	
			<input type="checkbox"/> 協会けんぽ一般健診 (保険者番号: _____ 記号: _____ 番号: _____) <input type="checkbox"/> 特殊健診 (溶剤名: _____)	
フリガナ	男・女	西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 定期健康診断(全項目)	
			<input type="checkbox"/> 協会けんぽ一般健診 (保険者番号: _____ 記号: _____ 番号: _____) <input type="checkbox"/> 特殊健診 (溶剤名: _____)	
フリガナ	男・女	西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 定期健康診断(全項目)	
			<input type="checkbox"/> 協会けんぽ一般健診 (保険者番号: _____ 記号: _____ 番号: _____) <input type="checkbox"/> 特殊健診 (溶剤名: _____)	
フリガナ	男・女	西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 定期健康診断(全項目)	
			<input type="checkbox"/> 協会けんぽ一般健診 (保険者番号: _____ 記号: _____ 番号: _____) <input type="checkbox"/> 特殊健診 (溶剤名: _____)	
フリガナ	男・女	西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 定期健康診断(全項目)	
			<input type="checkbox"/> 協会けんぽ一般健診 (保険者番号: _____ 記号: _____ 番号: _____) <input type="checkbox"/> 特殊健診 (溶剤名: _____)	
フリガナ	男・女	西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 定期健康診断(全項目)	
			<input type="checkbox"/> 協会けんぽ一般健診 (保険者番号: _____ 記号: _____ 番号: _____) <input type="checkbox"/> 特殊健診 (溶剤名: _____)	

* 協会けんぽ一般健診を希望の方のみ、保険者番号、健康保険証の記号・番号をご記入ください。

* 受付時間については、後日ご連絡差し上げます。申込み人数・受診項目により、ご希望に添えない場合がございますので、あらかじめご了承ください。

申込締切日：健診日1カ月前まで