富士商工会議所共済制度加入者サービス事業

成人病予防検診のご案内

**共済制度加入者が検診を受けると1,000～2,000円の割引となります**

**（加入者1人につき1年に1回限定です）**

割引料金

3コース

選べます

◇検診日時　　平日（月～金）の午前中（１時間程度）

◇検診コース・料金

　　　　　　　＜簡略＞**Ａコース**  　通常 8,640円 ⇒ **割引適用後　7,640円**

　　　　　　　＜標準＞**Ｂコース**  　通常 9,720円 ⇒ **割引適用後　8,720円**

　　　　　　　＜万全＞**Ｃコース** 　通常27,702円 ⇒ **割引適用後25,702円**

※平成２8年４月受診以降から、料金が変更になります（消費税８％適用）

◇検診機関　　三村クリニック（永田町）

◇受診コース （※省略項目あり）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 右の3コースよりお選び下さい → | **Ａコース** | **Ｂコース** | **Ｃコース** |
|  | 検 査 項 目 | 検　査　内　容 | **＜簡略＞** | **＜標準＞** | **＜万全＞** |
| 1 | 診察・診断 | 問診・診察・判定 | ○ | ○ | ○ |
| 2 | 身体測定 | 身長・体重・体脂肪 | ○ | ○ | ○ |
| 3 | 視力検査 | 視力検査表による | ○ | ○ | ○ |
| 4 | 聴力検査 | オージーメーター（1000・4000Hz） | ○ | ○ | ○ |
| 5 | 胸　線　Ｘ　線 | 胸部Ｘ線撮影（直接撮影1R） | ○ | ○ | ○ |
| 6 | 血圧測定 | 血圧計による | ○ | ○ | ○ |
| 7 | 尿一般検査 | 蛋白・糖・潜血・ウロビリ・PH | ※ ○  | ○ | ○ |
| 8 | 貧血検査 | 白・赤血球数・血色素・ヘマトクリット値 | ○ | ○ | ○ |
| 9 | 血中脂質 | TC、TG、HDL－C、LDL－C | ※ ○ | ○ | ○ |
| 10 | 肝機能 | GOT・GPT・γ-GTP・ZTT・TP・LDH・A/G比･ | ※ ○ | ○ | ○ |
| 11 | 膵機能検査 | 血清アミラーゼ |  | ○ | ○ |
| 12 | 腎機能検査 | クレアチニン |  | ○ | ○ |
| 13 | 代謝系検査 | 尿酸 | ○ | ○ | ○ |
| 14 | 糖尿病検査 | 空腹時血糖、Hb-A1C | ※ ○ | ○ | ○ |
| 15 | 便潜血検査 | 潜血反応 |  | ○ | ○ |
| 16 | 心電図検査 | 胸部１２誘導 | ○ | ○ | ○ |
| 17 | 眼　底　検　査 | 眼底カメラによる検査 |  |  | ○ |
| 18 | 腹部超音波検査 | 胆のう・肝臓・前立腺 など |  |  | ○ |
| 19 | 上部消化管検査 | 内視鏡検査 |  |  | ○ |
| **通常料金**（税込） | 8,640円 | 9,720円 | 27,702円 |
| **割引料金**（税込） | 7,640円 | 8,720円 | 25,702円 |

◎申込方法　　①下記の申込書にご記入の上、商工会議所宛に **ＦＡＸ （５２-９７９６）**して下さい

　　　　　　　　　②検診機関に空き状況等確認等の上、ご連絡致します

　　　　　　　　　③受診日が確定しましたら、受診料金を商工会議所窓口に納付して下さい

　　　　　　　　　④窓口来所時に検診注意事項、検便容器等をお渡し致します

|  |
| --- |
|  |

富士商工会議所共済制度加入者サービス事業

**成人病予防検診申込書**

富士商工会議所 振興課　行

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 担当者名 |  |
| 連絡先 | 電話　：　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ： |

|  |  |
| --- | --- |
| 検診機関 | 三村クリニック（永田町）　※朝８時３０分から検診 |
| 検診希望日 | 平成　　　　年　　　月　　　日（　　　　） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者名 | 住　　所 | 生年月日 | その他検診希望日等 | 希望検診コース○印をして下さい |
| **Ａコース**＜簡略＞ | **Ｂコース**＜標準＞ | **Ｃコース** ＜万全＞ |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

※　生年月日は必ずご記入ください　　　※用紙が不足した場合は、コピーしてご利用ください

※　＜万全＞Ｃコース（胃カメラ）検診の方で、ウィルス性肝炎検査を必ず受診していただきます。別途料金がかかります。