

《健康診断のご案内》

当組合で毎年実施しております健康診断につきまして、ご案内申し上げます。

建設連合国民健康保険組合の保険証をお持ちの組合員及びご家族の方は特定健康診査を含んだ
集団検診を**無料**で受けることができます。対象年齢は16歳以上となっております。

下記内容をご検討の上、お申し込みください。

4月4日に受診された方は補助の対象になりません。(受診される場合は全額自己負担となります。)

今回受診できない方は、次回の受診をご検討ください。

◆次回の健康診断日程 : 3回目 10月 3日

◆ **健康診断日時 : 令和3年7月4日(日) ・午前8:00～開始 ・午後1:00～開始(200人以上の場合)**

※当日は多数予約があり**3密を避ける為**、またスムーズに健診が進むよう健診開始時間を分けて
います。早めに来院いただいても健診開始時間が各々の予約時間より早くなることはありません。
五稜郭病院から届く予約時間をご確認の上、10分前に来院してください。

◆ **会 場** : 函館五稜郭病院 函館市五稜郭町38番3号 TEL:51-2295

◆ **検 査 項 目** : 裏面検査項目参照

◆ **健康診断コース別料金**

★**基本項目のみ(Aコース)の方は無料(¥13,000/年1回 組合補助)**

※当組合の保険証をお持ちでない方はカッコ内の金額です

・Aコース(¥13,000) 個人負担 なし ・Bコース(¥14,500) 個人負担 ¥1,500

・Cコース(¥16,500) 個人負担 ¥3,500 ・Dコース(¥16,500) 個人負担 ¥3,500

※Cコース、Dコースはオプション項目に違いがありますので、裏面検査項目をご確認ください。

◆ **健康診断申込方法**

別紙「集団健康診断書申込書」にて、必要事項ご記入の上、下記へ郵送、FAX又は
窓口にてお申し込みください。なお、当日の受付時間は追ってお知らせいたします。

建設連合国保組合函館支部 担当者: 笹森 ・富原

〒040-0032 函館市新川町21番5号

TEL:0138-26-3861 FAX:0138-23-5411

◆ **申込締切日 : 6月14日(月)**

※受診票と注意事項・受付時間につきましては、直接組合員様へ送付致します。

診断結果は、受診後2～3週間を目処に送付致します。

※7月2日迄のキャンセルは建設国保函館支部へ、それ以降、都合がつかなくなった場合は
函館五稜郭病院 健康管理センターまでご連絡ください。

※ なお、健診の結果、保健指導が必要と指示された方は、必ず保健指導をお受けください。

令和2年度健康診断検査項目・料金一覧

| 健康診断項目 | | 検査の説明 | Aコース | Bコース | Cコース | Dコース |
|-----------------------------|-------------------|---|------|--------|--------|--------|
| 問診(既往歴・自覚症状等) | | 薬の使用の有無、現病歴、治療歴等を調べます | ● | ● | ● | ● |
| 身体計測(身長・体重・腹囲)・肥満度 | | 内臓脂肪型肥満の疑いの有無を調べます | ● | ● | ● | ● |
| 医師による診察 | | 聴打診・視診、既往歴、自覚・他覚症状の有無を調べます | ● | ● | ● | ● |
| 尿検査 | (蛋白・糖・潜血) | 腎臓や尿路の異常を調べます | ● | ● | ● | ● |
| 視力検査 | | 視力の低下(近視・乱視等)を調べます | ● | ● | ● | ● |
| 血圧測定 | | 循環器(心臓・血管)の異常の他、腎臓・内分泌代謝系の異常を知る手がかりになります | ● | ● | ● | ● |
| 聴力検査(オーディオによる1000Hz・4000Hz) | | 聴力の低下(難聴等)を調べます | ● | ● | ● | ● |
| 胸部X線撮影(直接) | | 肺や心臓、大動脈の異常を調べます | ● | ● | ● | ● |
| 心電図検査 | | 心臓の機能や不整脈等を調べます | ● | ● | ● | ● |
| 眼底検査(両眼) | | 眼疾患(白内障・緑内障等)を調べます | ● | ● | ● | ● |
| 貧血・血液一般 | 赤血球数 | 低値の場合貧血等、高値の場合多血症等が考えられます | ● | ● | ● | ● |
| | 白血球数 | 低値の場合ウイルス感染等、高い場合細菌感染や炎症の存在が疑われます | ● | ● | ● | ● |
| | 血色素量 | 低値の場合貧血症等、高い場合多血症等が疑われます | ● | ● | ● | ● |
| | ヘマトクリット | 低値の場合貧血症等、高い場合多血症や脱水等が疑われます | ● | ● | ● | ● |
| | 血小板 | 数値が高い場合は鉄欠乏性貧血、低い場合は再生不良性貧血などが疑われます。 | ● | ● | ● | ● |
| 肝機能検査 | AST (GOT) | 高値の場合、肝障害、心筋梗塞等が疑われます | ● | ● | ● | ● |
| | ALT (GPT) | 高値の場合、肝障害、胆道系の病気が疑われます | ● | ● | ● | ● |
| | γ-GT (γ-GTP) | 高値の場合、アルコール性肝障害等が疑われます | ● | ● | ● | ● |
| | 総ビリルビン | 高値の場合、肝疾患、胆のう疾患による黄疸が疑われます | ● | ● | ● | ● |
| | 直ビリルビン | 胆汁うっ滞などで上昇します。 | ● | ● | ● | ● |
| | ALP | 高値の場合、胆汁の排泄に障害がある疑いがあります | ● | ● | ● | ● |
| | LDH | 高値の場合、肝臓、心筋、骨格筋の病気が疑われます | ● | ● | ● | ● |
| 血中脂質検査 | 中性脂肪 | 高値の場合、糖尿病、肥満症が疑われます | ● | ● | ● | ● |
| | HDL-コレステロール | 低値の場合、脂質代謝異常、動脈硬化が疑われます | ● | ● | ● | ● |
| | LDL-コレステロール | 高値の場合、動脈硬化を促進させます。 | ● | ● | ● | ● |
| 糖尿病検査 | 血糖 | 高値の場合、糖尿病、すい臓がん、ホルモン異常が疑われます | ● | ● | ● | ● |
| | HbA1c | 過去1~2ヶ月間の血糖の平均値が分かります | ● | ● | ● | ● |
| 膵機能検査 | 血清アミラーゼ | 高値の場合、膵臓疾患、唾液腺感染が疑われます | ● | ● | ● | ● |
| 腎機能検査 | 尿酸 | 高値の場合、痛風、腎障害が疑われます | ● | ● | ● | ● |
| | クレアチニン | 高値の場合、腎機能障害が疑われます | ● | ● | ● | ● |
| | eGFR | 低値の場合、腎機能障害が疑われます | ● | ● | ● | ● |
| 大腸がん検査 | 便潜血 | 陽性の場合は大腸ポリープ、大腸がん、痔等が疑われます | ● | ● | ● | ● |
| 胃部血液検査 | ペプシノーゲン | 胃粘膜の萎縮性変化を調べる検査です | ● | ● | ● | ● |
| 腫瘍マーカー | PSA(男性のみ)(主に前立腺) | 前立腺がん、前立腺肥大症等で上昇します | | ○ | ○ | ○ |
| | CA125(女性のみ)(主に卵巣) | 主に卵巣がんで上昇することがあります | | ○ | ○ | ○ |
| | CEA (主に大腸・胃・肺) | 主に大腸がん、肺がん等で上昇しますが、タバコを多く吸う人でも上昇する事があります | | | ○ | |
| | AFP (主に肝臓) | 肝炎や肝硬変、特に肝がん等で上昇します | | | ○ | |
| B型肝炎検査 | HBs抗原 | B型肝炎ウイルスに感染していないかを調べます 陽性の場合、現在B型肝炎ウイルスが体内にいる事を意味します | | | | ○ |
| C型肝炎検査 | HCV抗体 | C型肝炎ウイルスへの感染を調べる検査です 陽性の場合、現在感染しているか過去に感染した事を示します | | | | ○ |
| 健診料(個人負担) | | | ¥0 | ¥1,500 | ¥3,500 | ¥3,500 |

○はオプション検診として個人負担となる検査項目です

集団健康診断申込書

(必要事項をご記入の上、FAX又は郵送にてご送付願います)

申し込み締切日：6月14日

※スムーズに健診が進むよう病院で健診開始時間を分けています。

ご希望の時間等の受付は一切お断りいたしておりますのでご理解の程お願い致します。

受診者名簿

| | | | | | | | | |
|---|---|---|--------|----|-----|--------|---|-------------------------------------|
| 被保険者番号 | | フリガナ | | | 性別 | 住 所 | 〒 | 電話() 携帯 - - |
| 21 | | | | 氏名 | 男・女 | | | |
| 続柄 | <input type="checkbox"/> 組合員 <input type="checkbox"/> 家族 | 生年 月 日 | S H | 年齢 | | | | |
| ご希望の健診コースにチェックを入れてください。 ※当組合の保険証をお持ちでない方はカッコ内の金額です | | | | | | | | オプション希望の方は チェックを入れてください |
| <input type="checkbox"/> Aコース 無料 (組合保険証無 13,000円) | | <input type="checkbox"/> Bコース 1,500円 (組合保険証無 14,500円) | | | | | | <input type="checkbox"/> 胸CT 7,000円 |
| <input type="checkbox"/> Cコース 3,500円 (組合保険証無 16,500円) | | <input type="checkbox"/> Dコース 3,500円 (組合保険証無 16,500円) | | | | | | |
| 被保険者番号 | | フリガナ | | | 性別 | 住 所 | 〒 | 電話() 携帯 - - |
| 21 | | | | 氏名 | 男・女 | | | |
| 続柄 | <input type="checkbox"/> 組合員 <input type="checkbox"/> 家族 | 生年 月 日 | S H | 年齢 | | | | |
| ご希望の健診コースにチェックを入れてください。 ※当組合の保険証をお持ちでない方はカッコ内の金額です | | | | | | | | オプション希望の方は チェックを入れてください |
| <input type="checkbox"/> Aコース 無料 (組合保険証無 13,000円) | | <input type="checkbox"/> Bコース 1,500円 (組合保険証無 14,500円) | | | | | | <input type="checkbox"/> 胸CT 7,000円 |
| <input type="checkbox"/> Cコース 3,500円 (組合保険証無 16,500円) | | <input type="checkbox"/> Dコース 3,500円 (組合保険証無 16,500円) | | | | | | |
| 被保険者番号 | | フリガナ | | | 性別 | 住 所 | 〒 | 電話() 携帯 - - |
| 21 | | | | 氏名 | 男・女 | | | |
| 続柄 | <input type="checkbox"/> 組合員 <input type="checkbox"/> 家族 | 生年 月 日 | S H | 年齢 | | | | |
| ご希望の健診コースにチェックを入れてください。 ※当組合の保険証をお持ちでない方はカッコ内の金額です | | | | | | | | オプション希望の方は チェックを入れてください |
| <input type="checkbox"/> Aコース 無料 (組合保険証無 13,000円) | | <input type="checkbox"/> Bコース 1,500円 (組合保険証無 14,500円) | | | | | | <input type="checkbox"/> 胸CT 7,000円 |
| <input type="checkbox"/> Cコース 3,500円 (組合保険証無 16,500円) | | <input type="checkbox"/> Dコース 3,500円 (組合保険証無 16,500円) | | | | | | |
| 被保険者番号 | | フリガナ | | | 性別 | 住 所 | 〒 | 電話() 携帯 - - |
| 21 | | | | 氏名 | 男・女 | | | |
| 続柄 | <input type="checkbox"/> 組合員 <input type="checkbox"/> 家族 | 生年 月 日 | S H | 年齢 | | | | |
| ご希望の健診コースにチェックを入れてください。 ※当組合の保険証をお持ちでない方はカッコ内の金額です | | | | | | | | オプション希望の方は チェックを入れてください |
| <input type="checkbox"/> Aコース 無料 (組合保険証無 13,000円) | | <input type="checkbox"/> Bコース 1,500円 (組合保険証無 14,500円) | | | | | | <input type="checkbox"/> 胸CT 7,000円 |
| <input type="checkbox"/> Cコース 3,500円 (組合保険証無 16,500円) | | <input type="checkbox"/> Dコース 3,500円 (組合保険証無 16,500円) | | | | | | |

【申込先】 建設連合国民健康保険組合 函館支部

〒040-0032 函館市新川町21番5号

TEL:0138-26-3861

FAX0138-23-5411