

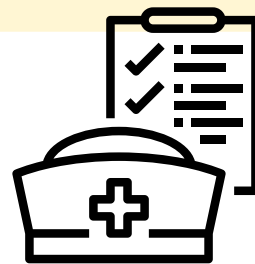
# 令和7年度 健康診断のご案内

事業主  
従業員  
ご家族の方

短時間で  
効率的！

オプション  
追加可能！

さざんか共済  
補助あり！  
※加入口数1口  
あたり1,000円



## 《会場》

船橋商工会議所  
6階大ホール

※最後にレントゲン車にて  
胸部X線デジタル撮影

住所：千葉県船橋市本町1-10-10  
※駐車場はありません

## 《実施日》

令和7年：7月11日(金)  
9月3日(水)  
11月27日(木)

令和8年：2月17日(火)

《受付時間 9時～11時》

## 《受診料》

会員：8,250円/名  
(7,500円+税)

非会員：13,420円/名  
(12,200円+税)

## 《定員》

100名/1日当たり

《必須検査項目》(労働安全衛生規則に則る項目を満たしております。その他、気になる項目はオプション検査で！)

1. 身長、体重、BMI、腹囲、視力検査
2. 聴力検査(オーディオメーター)
3. 尿検査(糖・蛋白・潜血・ウロビリノーゲン)
4. 血圧測定
5. 血液検査(血色素量(Hb)・赤血球数(RBC)・白血球数(WBC)・ヘマトクリット値(Ht)・AST(GOT)・ALT(GPT)・γ-GTP・中性脂肪・HDLコレステロール・尿酸(UA)・LDLコレステロール・クレアチニン・e-GFR・空腹時血糖・HbA1c)
6. 心電図検査
7. 胸部レントゲン検査
8. 内科診察(既往歴・業務歴の調査・自覚症状・他覚症状の有無)

《オプション検査》 項目 (会員・非会員問わず特別料金で追加できます)		定価 (税込)	特別料金 (税込)	検査方法
1	肝炎ウイルス検査(HBs抗原・HCV抗体)	5,500	2,090	血液検査
2	甲状腺機能検査(FT3/FT4/TSH)	6,600	2,090	血液検査
3	胃がんリスク検査(ABC建診)	6,600	3,080	血液検査
4	大腸がん検査(便潜血検査2回法)	1,430	1,100	自己採取
5	子宮細胞診検査(自己採取)	2,200	2,090	自己採取
6	前立腺がん検査(PSA)	3,850	2,090	血液検査
7	消化器がん検査(CEA)	2,750	2,090	血液検査
8	膵臓がん等検査(CA19-9)	3,300	2,090	血液検査
9	肝臓がん検査(AFP)	2,750	2,090	血液検査
10	卵巣がん等検査(CA125)	3,300	2,090	血液検査
11	乳がん検査(CA15-3)	3,300	2,090	血液検査
12	腫瘍マーカー男性セット(PSA・CA19-9・AFP・CEA)	6,600	6,050	血液検査
13	腫瘍マーカー女性セット(AFP・CA125・CA19-9・CA15-3・CEA)	8,250	7,590	血液検査
14	<b>NEW</b> 心不全検査(NTpro-BNP)	3,300	2,640	血液検査

【問合わせ先】船橋商工会議所 業務課 米井・古澤 TEL:047-432-0215  
E-mail: kaiin@funabashi-cci.or.jp  
URL: <https://www.e-funabashi.com/?p=17829>



●受診日までのスケジュール（目安となります）

<b>≪1か月前まで≫</b> QRコード・FAX・ メール等でお申込み ください	<b>≪3週間前ごろ≫</b> 事前確認の案内が メールで届きます	<b>≪1週間前ごろ≫</b> 受診票・検査キットが 医療法人社団 生光会 より届きます	<b>≪受診日当日≫</b> 受診票をご記入の上 <b>9時～11時の間</b> に お越しください	<b>≪1か月後≫</b> 健康診断結果・請求書が 届きますのでお支払いを お願いします
--	---	---	---	---

●お申込み・お問合わせ

船橋商工会議所 業務課 米井・古澤

TEL:047-432-0215 FAX:047-434-9559

E-mail : kaiin@funabashi-cci.or.jp

URL : <https://www.e-funabashi.com/?p=17829>

※本紙をFAXまたはメール添付にてお申込みください。



QRコードからもお申込み  
いただけます！

**従 業 員 健 康 診 断 申 込 書**

事業所名			ご担当者様	
			電話番号	
E-mail	※事前案内をメールで行いますので、必ずご記入ください			
検査キット、書類等の 郵送先	〒      -		船橋商工会議所	
			会員	非会員
受診希望日	R7 7/11 (金)	9/3 (水)	11/27 (木)	R8 2/17 (火)

※ご記入の際は楷書体ではっきりとご記入ください。

	氏名	フリガナ	性別	生年月日	オプション検査 希望番号(1~14)	さざんか共済 加入口数
①				年 月 日		
②				年 月 日		
③				年 月 日		
④				年 月 日		
⑤				年 月 日		
⑥				年 月 日		
⑦				年 月 日		
⑧				年 月 日		
⑨				年 月 日		
⑩				年 月 日		

※本チラシ記載のオプション以外をご希望の方は、近隣のクリニックをご受診願います。

※二次検査の実施及び他医療機関へのご紹介は行っておりません。

※受診料は、一律お振込みとさせていただきます。請求書は、健診結果と併せて医療機関より発送させていただきます。

※会社用の健診結果は、5名分で1枚の一覧表となります。個人用の健診結果は、1名分ずつとなります。

※申込後のキャンセルは、日程調整の上、次回の受診日に振替をお願いいたします。

※本申込書にご記入いただいた個人情報につきましては、本事業情報提供の目的にのみ使用いたします。

【船橋商工会議所処理欄】

受付日		入力日		会員番号		担当	
-----	--	-----	--	------	--	----	--