

■受診コース選択と受診者名簿記入の仕方

①コース別検査内容

検 査		定期健診 A 「省略健診」 34歳以下・36～39歳	定期健診 B 35歳以上・希望者	生活習慣病健診 A (協会けんぽ健診) 35～74歳 (協会けんぽ加入者本人)	生活習慣病健診 B 希望者(ただし74歳まで)
身体計測	身体計測 BMI	○	○	○	○
腹囲測定	腹囲		○	○	○
視力検査	視力検査	○	○	○	○
聴力検査	聴力検査 (所見) オージオ	○	○	○	○
血圧測定	血圧測定 (2回・平均)	○	○	○	○
医師診察	医師診察	○	○	○	○
安静心電図検査	安静時心電図		○	○	○
胸部 X 線検査	胸部 X 線検査 (デジタル)	○	○	○	○
胃部 X 線検査	胃部 X 線検査 (デジタル)			○	○
尿検査	尿糖定性	○	○	○	○
	尿蛋白定性	○	○	○	○
	尿潜血	○	○	○	○
便検査	便潜血 (2回目)			○	○
血液検査	白血球数		○	○	○
	赤血球数		○	○	○
	血色素量 (ヘモグロビン)		○	○	○
	ヘマトクリット		○	○	○
	総コレステロール			○	○
	HDLコレステロール		○	○	○
	中性脂肪		○	○	○
	LDLコレステロール		○	○	○
	AST (GOT)		○	○	○
	ALT (GPT)		○	○	○
	γ-GTP		○	○	○
	ALP			○	○
	尿酸			○	○
	クレアチニン			○	○
	空腹時血糖		○	○	○
	食後血糖		○	○	○
	HbA1c		○	○	○
会員本人共済料金 (※登録家族は、一般料金となります)		1,800円	4,600円	2,400円	9,500円

②全国健康保険協会(協会けんぽ)の保険証の見方について

●「生活習慣病健診 A」を受診できる方は全国健康保険協会の加入者本人であることが条件です。

健康保険被保険者証

本人 (被保険者) 00163 ●年●月●日交付

記号 21700023 番号 21

氏名 協会 太郎 性別 男

事業所名称 ○○ 株式会社

保険者番号 01010011

保険者名称 全国健康保険協会 ○○支部

保険者所在地 ○○市○○区○○町○○-○○

印

健康保険被保険者証

家族 (被扶養者) 01541 ●年●月●日交付

記号 21700023 番号 21

氏名 協会 花子 性別 女

事業所名称 ○○ 株式会社

保険者番号 01010011

保険者名称 全国健康保険協会 ○○支部

保険者所在地 ○○市○○区○○町○○-○○

印

●家族の方は「生活習慣病健診 B」となります。

●受診者名簿にはこの部分の「記号」と「番号」を記入してください。

■検査内容の詳細については、下記の健診実施機関へお問合せください

医療法人社団

慶友会健診部 予防医療センター (担当：谷口)

TEL.0166-48-5050

令和6年度

あおぞら共済

健康診断



(利用対象：会員及び登録家族)

■実施日・・・令和6年7月10日(水)・11日(木)・12日(金)・13日(土)

■受付時間・・・8：00～11：30 (ご案内の時間にお越しく下さい)

■会場・・・とかち館 玉葉の間 (帯広市西7条南6丁目2番地)

※当日とかち館の駐車場をご利用ください。とかち館周辺の有料駐車場をご利用の方は自己負担となります。(上記以外施設の駐車場は利用しないでください。)

【申込方法】

健康診断申込書(裏面)に必要な事項記入の上、FAX(郵送)にて「あおぞら共済」へお申込みください。お申込み後、あおぞら共済より「受付確認」のFAX(郵送)をいたします。

■申込期間(厳守)・・・令和6年4月8日(月)～5月10日(金)必着

必ず締切日までにお申込みください。

■利用対象・・・会員及び登録家族 (登録家族は一般料金となります)

※「協会けんぽ」以外の保険証をお持ちの方及び保険証がない方でも「生活習慣病健診 A」以外であれば受診できます。

※定期健診 A (対象者：34歳以下及び36歳～39歳までの方) には、「腹囲測定、心電図検査、血液検査」が含まれていません (「省略健診」) ので、申込みにあたってはご注意ください。(かかりつけの医師の判断により「省略健診」が可能です。)

【健診料金】※年齢基準日は令和7年4月1日現在とします。(74歳・75歳については受診日の満年齢)

コース 番 号	区 分		料 金 (税込)		募集 人員
			会員本人 (共済料金)	登録家族 (一般料金となります)	
①	定期健診 A「省略健診」	34 歳以下・36 歳～ 39 歳まで	1,800 円	2,320 円	100 名
②	定期健診 B	35 歳以上又は希望者	4,600 円	6,300 円	160 名
③	生活習慣病健診 A (胃バリウム検査あり) (大腸がん検査あり)	協会けんぽ加入者本人のみ (35 歳～ 74 歳) ※「協会けんぽ」(全国健康保険協会)の 保険証に「本人(被保険者)」と記載されている方	2,400 円	3,611 円	500 名
④	生活習慣病健診 B (胃バリウム検査あり) (大腸がん検査あり)	希望者 (ただし 74 歳まで) ※「協会けんぽ」(全国健康保険協会)の保険証に 「家族 (被扶養者)」と記載されている方 ※「協会けんぽ」以外の保険証をお持ちの方	9,500 円	11,510 円	20 名
オ プ シ ョ ン	胃がん検診	胃部 X 線間接撮影(バリウム検査) 74 歳まで ※コース③及び④には含まれています	2,800 円	4,410 円	10 名
	大腸がん検診	便潜血 2 回法 ※コース③及び④には含まれています	1,200 円	1,500 円	10 名
	前立腺がん検診 (PSA)	50 歳以上の男性を対象にした血液検査です	1,200 円	1,500 円	40 名
	喀痰 (かくたん) 検査： 肺がん検診	3 日分のタンを提出いただき検査します	1,500 円	2,700 円	40 名
	NT-pro BNP	慢性心不全の把握に有効な血液検査です	1,000 円	2,490 円	50 名
	ROMA (HE4+CA125)	卵巣がん・子宮内膜症の血液検査です	3,000 円	4,500 円	30 名

※各コース、令和6年度中に1回限りの受診となります。

※実施日に協会けんぽ(本人)の資格が喪失していた場合は、協会けんぽの補助が受けられませんので「生活習慣病健診 B」の共済料金になります。

■お問い合わせ

あおぞら共済 帯広市西6条南6丁目3 ソネビル4階

TEL.0155-22-6186 / FAX.0155-22-6189

申込書は裏面を
ご利用ください

健康診断申込書

事業所番号

事業所名

所在地 〒 -

TEL - -

FAX - -

ご担当者名（必ずご記入ください）

1. ご希望の健診日に○印を付けてください（会場:とかち館）

- ・第1希望

7月10日(水)・11日(木)・12日(金)・13日(土)
- ・第2希望

7月10日(水)・11日(木)・12日(金)・13日(土)
(受付時間 8:00～11:30)

※受付時間は、後日ご案内する時間にお越しく下さい。
※申込み状況によりご希望の日に受診できない場合がございます、何卒ご容赦願います。

2. 申込先：一般財団法人とかち勤労者共済センター（あおぞら共済）

FAX又は郵送にて 5月10日（金）必着でお申込みください。
FAX番号：0155-22-6189
郵 送 先：〒080-0016 帯広市西6条南6丁目3 ソネビル4階

受診者名簿（受診対象：会員及び登録家族）

受診者名簿（受診対象：会員及び登録家族）						受診区分（○印） ※表面の区分参照				オプション（○印）					
	会員番号 必ずご記入ください 〔本人又は登録家族に ○印をしてください。〕	ふりがな	生年月日	性	協会けんぽ 保険証 記号	定期 健診 A	定期 健診 B	生活 習慣 A	生活 習慣 B	胃 が ん 74歳まで	大 腸 が ん	前 立 腺 が ん 60歳以上	喀 痰	N T P r o B N P	R O M A
	受診者氏名	R7年4月1日現在の年齢	別	協会けんぽ 保険証 番号											
1			S・H . .	男											
	本人・登録家族		才	女											
2			S・H . .	男											
	本人・登録家族		才	女											
3			S・H . .	男											
	本人・登録家族		才	女											
4			S・H . .	男											
	本人・登録家族		才	女											
5			S・H . .	男											
	本人・登録家族		才	女											
6			S・H . .	男											
	本人・登録家族		才	女											
7			S・H . .	男											
	本人・登録家族		才	女											
8			S・H . .	男											
	本人・登録家族		才	女											
9			S・H . .	男											
	本人・登録家族		才	女											
10			S・H . .	男											
	本人・登録家族		才	女											
11			S・H . .	男											
	本人・登録家族		才	女											
12			S・H . .	男											
	本人・登録家族		才	女											
13			S・H . .	男											
	本人・登録家族		才	女											
14			S・H . .	男											
	本人・登録家族		才	女											
15			S・H . .	男											
	本人・登録家族		才	女											
※「登録家族」とは既にご登録手続き済みの会員ご本人様の①「配偶者」②「同居している親（義父母）」 ③「同一生計で扶養している子」④「パートナーシップ制度に登録しているパートナー」となります。 （登録家族は一般料金となります） ※受診者が15名を超える場合は、お手数ですが本用紙をコピーしてお使いください。						合計（小計）				合計（小計）					

※受付印

※FAX又は郵送にてお申込みいただいた後に、 受付確認を行い、「あおぞら共済」より返信いたします。
なお、5月17日(金)までに「受付確認」の返信がない場合にはお問い合わせください。
※「受付確認」は受診日をお知らせするものではありません。
後日受診日と時間帯が健診実施機関から通知されます。
※当日を含め通知後の変更は、当初の予約者が優先されますのでご了承ください。