

生活習慣病健診・人間ドックのご案内

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。平素は当会をご利用頂きまして、厚く御礼申し上げます。
さて、今年も(一財)神奈川県労働衛生福祉協会と提携し、会員特別価格にて生活習慣病健康診断・人間ドックを受診することが出来ます。人間ドック項目が更に充実し、オプション検査の新規検査も追加しましたので、この機会に是非お申込みください。

★ 期間中のお申込に限り、正会員ご本人様は青色申告会より 2,000 円を補助しています。

★ 健診センターでの受診になりますので、設備が充実しています。

前年度までは6月と11月の年2回開催しておりましたが、令和7年度は6月のみの実施となります。

実 施 日	時 間	会 場	所 在 地
6月 2日(月)	8:00~11:00	神奈川県労働衛生福祉協会 神奈川総合健診センター (第2センター)	保土ヶ谷区天王町2-44-9
6月 3日(火)			
6月 4日(水)			
6月 5日(木)			
6月 6日(金)			
6月16日(月)			
6月17日(火)			
6月18日(水)			
6月19日(木)			
6月20日(金)			
6月 3日(火)	8:30~11:00	神奈川県労働衛生福祉協会 大和健診事業部	大和市大和東3-10-18
6月10日(火)			

- ◎ 人間ドックをご希望の方は 8:00 ~ 15:00 となり、神奈川総合健診センター第1センターでの受診となります。(昼食がついています)
- ◎ 大和健診事業部は生活習慣病健康診断のみの受診となります。
- ◎ 子宮がん検診・乳がん検診(マンモグラフィ)をご希望の方は、月曜日以外の実施日でお申し込みください。
- ◎ 期間外のお申し込みについては一般料金になりますので、(一財)神奈川県労働衛生福祉協会へ直接お申し込みください。(完全予約制)

【料 金】	生活習慣病健康診断	正会員ご本人	20,350 円 (税込) (当日ご持参ください)
		準会員・ご家族・従業員	22,350 円 (税込) (当日ご持参ください)
	人 間 ド ッ ク	正会員ご本人	38,650 円 (税込) (当日ご持参ください)
		準会員・ご家族・従業員	40,650 円 (税込) (当日ご持参ください)

【お申込方法】 申込書に必要事項をボールペンでご記入のうえ、保土ヶ谷青色申告会宛に郵送または FAX にてお申し込みください。

〒240-0044 横浜市保土ヶ谷区仏向町154-2 ゴトービル2階
一般社団法人 保土ヶ谷青色申告会 健康診断係
FAX 045-442-7251

申し込み受付後、(一財)神奈川県労働衛生福祉協会より日程のご連絡をさせていただきます。

【締 切 り】 5月8日(木) 受診希望日は、先着順となりご希望に添えない場合もありますのでご了承ください。

【お 問 合 せ】 検査の内容等に関するご質問は下記へお問合せください。
(一財)神奈川県労働衛生福祉協会 大和健診事業部 保土ヶ谷青色申告会担当
電話番号：046-262-8155

② 神奈川県福祉共済 加入者補助

2,000円引



神奈川県福祉共済(協)の共済制度加入者は、1名につき2,000円 の補助金を受けられます
補助金請求は、下記担当までご連絡ください

神奈川県福祉共済補助金請求時の連絡先

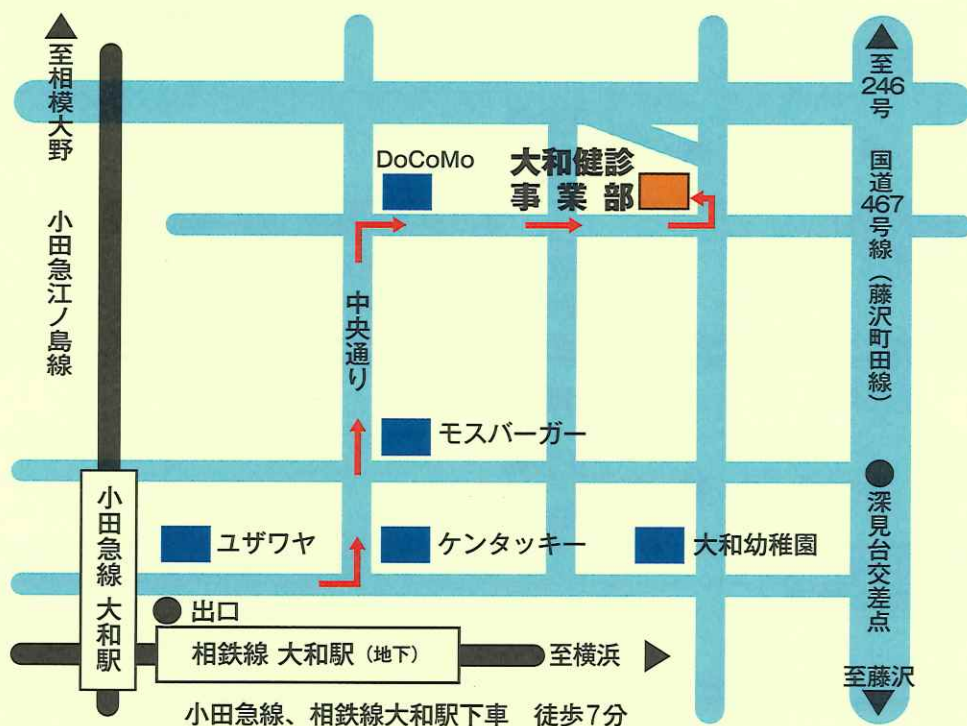
神奈川県福祉共済(協)健診制度補助金 担当

横浜市中区元浜町4-32 ☎ 045-228-0774



神奈川県労働衛生福祉協会

〒240-0003 横浜市保土ケ谷区天王町2丁目44番地の9
TEL 045 (335) 6900 (代表)



各健康診断 大和健診事業部 (三階診療所、四階業務受付)



神奈川県労働衛生福祉協会(大和)

〒242-0017 大和市大和東3-10-18
TEL 046(262)8155(代表)

<生活習慣病健診検査項目>

検査項目

呼吸器検査	胸部X線撮影
消化器検査	胃部X線撮影、大腸検査（便潜血2回法）
循環器検査	眼底検査、心電図（安静時）、血圧
貧血検査	赤血球数、白血球数、血色素量、ヘマトクリット、血小板
肝機能検査	AST、ALT、γ-GT、総蛋白、AL-P
脂質検査	LDLコレステロール、HDLコレステロール、中性脂肪
糖尿病検査	空腹時血糖、HbA1c
腎機能検査	尿酸、尿素窒素、クレアチニン
膵臓検査	アミラーゼ
免疫学	CRP
一般計測	身長、体重、BMI、体脂肪率、視力、聴力（1K4K）、腹囲、医師による問視診
尿検査	検尿（糖・蛋白・潜血）
眼圧検査	眼圧測定

オプション検査 オプション検査をご希望される場合は別途それぞれの料金が必要となります。

腹部超音波	胆・肝・膵・腎・脾	4,800円（税込）
前立腺（PSA）	前立腺検査	3,000円（税込）
子宮がん検診	医師による直接採取法	4,200円（税込）
乳がん検診	乳腺超音波	3,600円（税込）
乳がん検診	マンモグラフィー左右2方向撮影	5,400円（税込）

きりとり線

令和7年 月 日

FAX 045-442-7251

生活習慣病健診申込書

インボイス対応領収書が必要な場合は必ず下記事項をご記入ください

領収書宛名（会社名）	
ご担当者名	
ご担当者メールアドレス	

フリガナ 受診者名	生年月日	性別	会員種別	住所	電話	
	大正 昭和 平成	年 月 日	男・女	正会員 家族 他		
受診希望日（天王町・大和）		オプション検査				
第1希望	第2希望	腹部	前立腺	子宮	乳腺	マンモ
月 日	月 日	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無

フリガナ 受診者名	生年月日	性別	会員種別	住所	電話	
	大正 昭和 平成	年 月 日	男・女	正会員 家族 他		
受診希望日（天王町・大和）		オプション検査				
第1希望	第2希望	腹部	前立腺	子宮	乳腺	マンモ
月 日	月 日	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無

フリガナ 受診者名	生年月日	性別	会員種別	住所	電話	
	大正 昭和 平成	年 月 日	男・女	正会員 家族 他		
受診希望日（天王町・大和）		オプション検査				
第1希望	第2希望	腹部	前立腺	子宮	乳腺	マンモ
月 日	月 日	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無

<人間ドック検査項目>

検 査 項 目

呼 吸 器 検 査	胸部X線撮影
消 化 器 検 査	胃部X線撮影、大腸検査（便潜血2回法）
循 環 器 検 査	眼底検査、心電図（安静時）、血圧
貧 血 検 査	赤血球数、白血球数、血色素量、ヘマトクリット、血小板、MCV、MCH、MCHC
肝 機 能 検 査	AST、ALT、γ-GT、総ビリルビン、ALP、CHE、A/G、総蛋白、LDH、蛋白分画、アルブミン
脂 質 検 査	総コレステロール、HDLコレステロール、LDLコレステロール、中性脂肪
糖 尿 病 検 査	空腹時血糖、HbA1c
腎 機 能 検 査	尿酸、尿素窒素、クレアチニン
脾 臓 検 査	アミラーゼ
鉄 分 量 検 査	血清鉄
電 解 質 検 査	ナトリウム、カリウム、クロール
炎 症 反 応 検 査	CRP
リウマチ検査	RF、ASO
呼 吸 器 検 査	肺活量・1秒量・1秒率・%1秒量・%肺活量
一 般 計 測	身長、体重、BMI、体脂肪率、視力、聴力（1K4K）、腹囲、医師による一般診察
尿 検 査	検尿（糖・蛋白・潜血）
眼 圧 検 査	眼圧測定
肝 炎 ウ イ ル ス	HBs抗原・抗体
S T S 検 査	RPRカード、TPHA
血液型検査（初回のみ）	血液型（ABO・Rh）
超 音 波 検 査	腹部超音波（胆・肝・脾・腎・脾）

オプション検査 オプション検査の実施を希望される場合は、別紙の人間ドック項目一覧を参照のうえ、日程調整連絡の際に福祉協会職員へご希望をお伝えください。

きりとり線

令和7年 月 日

FAX 045-442-7251

人間ドック申込書

インボイス対応領収書が必要な場合は必ず下記事項をご記入ください

領収書宛名（会社名）	
ご 担 当 者 名	
ご担当者メールアドレス	

フリガナ 受診者名	生年月日	性別	会員種別	住所	電話
	大正 昭和 平成	年 月 日	男・女	正会員 家族 他	
受診希望日（天王町のみ）			オプション検査（別紙一覧表を参照ください。）		
第1希望		第2希望		日程及びオプション希望の有無につきましては、申込み後に福祉協会職員より直接お電話の上、確認させていただきます。	
月 日		月 日			

フリガナ 受診者名	生年月日	性別	会員種別	住所	電話
	大正 昭和 平成	年 月 日	男・女	正会員 家族 他	
受診希望日（天王町のみ）			オプション検査（別紙一覧表を参照ください。）		
第1希望		第2希望		日程及びオプション希望の有無につきましては、申込み後に福祉協会職員より直接お電話の上、確認させていただきます。	
月 日		月 日			

フリガナ 受診者名	生年月日	性別	会員種別	住所	電話
	大正 昭和 平成	年 月 日	男・女	正会員 家族 他	
受診希望日（天王町のみ）			オプション検査（別紙一覧表を参照ください。）		
第1希望		第2希望		日程及びオプション希望の有無につきましては、申込み後に福祉協会職員より直接お電話の上、確認させていただきます。	
月 日		月 日			

人間ドック オプション検査項目一覧

※オプション検査を希望される場合は別途それぞれの料金が必要となります。
 ※人間ドックオプションの申込みにつきましては、後日、福祉協会職員より連絡のうえ、日程と併せて確認をさせていただきます。

検査項目	検査方法	単価(税込)
婦人科充実 オプション	①乳腺超音波 ②マンモグラフィー ③子宮がん検査（医師による直接採取）	3,600円 5,400円 4,200円
呼吸器充実 オプション	胸部CT 腫瘍マーカー（CEA・シフラ・SLX）	18,590円
消化器充実 オプション	内視鏡検査（胃部デジタル撮影からの変更） HCV抗体 ピロリ菌検査	7,080円
前立腺検査	血液検査による前立腺検査（PSA）	3,000円
軽度認知障害検査	MC I プラス	26,400円
骨密度測定	骨粗しょう症検査（超音波）	3,080円
肝臓がん検査	肝臓がん（腫瘍マーカー）	4,850円
膵臓がん検査	膵臓がん（腫瘍マーカー）	4,950円