

自分の健康・従業員の健康は定期健診でしっかり管理！

2021年度 定期健康診断のご案内

豊田商工会議所では、豊田地域医療センター・豊田健康管理クリニック・三九郎病院・中野胃腸病院の協力を得て、会員さま向けに労働安全衛生法に定められた定期健康診断を、割安な料金で実施いたします。オプションで、胃がん（間接撮影）検査（※1）、大腸がん検査もあります。

なお、豊田地域医療センターでは、脳ドック（※2）、肺ドック（※3）、三九郎病院・中野胃腸病院では婦人科検診（※4）のご利用もおすすめしています。ぜひご利用ください。

受診コース及び料金

ア. 基本健診 7,300円

〔検査項目〕

- 医師の診察・問診 ■ 身長・体重・視力・聴力の検査・腹囲測定
- 胸部エックス線デジタル、または直接撮影 ■ 血圧の測定 ■ 尿検査(蛋白・糖)
- 貧血検査(赤血球・白血球数・血色素量・ヘマトクリット値・血小板数)
- 肝機能検査(AST・ALT・γ-GT)
- 血中脂質検査(中性脂肪・HDL・LDLコレステロール)
- 心電図検査(安静時標準12誘導心電図) ■ 糖尿病検査(血糖・HbA1c)

イ. 基本健診 + 大腸がん検査

- 8,591円 (豊田地域医療センター)
(豊田健康管理クリニック)
- 8,600円 (三九郎病院)
- 8,400円 (中野胃腸病院)

ウ. 基本健診 + 胃がん検査

- 15,400円 (豊田地域医療センター)
- 15,375円 (豊田健康管理クリニック)
- 15,400円 (三九郎病院)
- 15,300円 (中野胃腸病院)

エ. 基本健診 + 大腸がん検査 + 胃がん検査

- 16,657円 (豊田地域医療センター)
- 16,632円 (豊田健康管理クリニック)
- 16,670円 (三九郎病院)
- 16,400円 (中野胃腸病院)

※料金は全て税込金額です。

愛知県中小企業共済協同組合発行の「共済付帯サービス利用助成券」をご持参の方は、助成(ア・イ・ウの場合1,500円、エの場合5,000円)の対象となります。受診時に助成券をご持参ください。
※三九郎病院につきましてはご利用いただけません。 ※助成金額はそれぞれ最高限度額です。

受診場所及び日時

① 豊田市運動公園 体育館 豊田地域医療センター

※健診内容によって例年と会場が異なる場合があります。ご注意ください。
お問合せ: TEL0565-34-3002
(豊田地域医療センター 健診事業課)

■ 胃がん検査・脳ドック・肺ドックを受診されない方

豊田市運動公園 体育館 住所: 豊田市高町東山4-97

■ 胃がん検査・脳ドック・肺ドックを受診される方

豊田地域医療センター 住所: 豊田市西山町3-30-1

※脳ドック・肺ドックご希望の際は、事前にお電話にてお申し込みください。

【受診日】

2021年8月3日(火)、8月4日(水)、8月5日(木)、8月6日(金)

【受診開始時間】 ①9:00 ②10:00 ③11:00

(※1) 感染症対策について

運動公園での健診は、密を避けるため、1日あたりの受診者数を例年よりも減らして実施します。
1日あたりの受診者数が上限に達した場合はお日にちの調整をお願いする場合がございますので、ご協力をお願いいたします。

(※2) 胃がん検査は医療センターで3日(火)、4日(水)の8:30~9:00のみ実施

※胃がん検査はデジタル撮影になります。

※受付時間は医療センターで調整し、案内用紙にてご連絡します。

(※3) 豊田地域医療センター 脳ドックのご案内

最新鋭の診断装置MRイメージングシステムを使って脳の断層撮影や脳の血管撮影を行い、脳卒中や痴呆を早期発見し予防することができます。

脳ドック・肺ドックについては予約が必要となりますので、上記医療センターにお問い合わせの上、受診申込書にてお申し込みください。

◎Bコース 36,750円(税込)

問診・頸椎X線撮影・頸部MRI・頸動脈超音波・頭部MRI・頭部MRA・専門医による結果説明

◎Cコース 31,500円(税込)

問診・頭部MRI・頭部MRA・頸椎X線・頸部MRA・専門医による結果説明

(※4) 豊田地域医療センター 肺ドックのご案内

320列マルチスライスCTを導入し、精度の高い健診を開始いたしました。

大きな安心を得るため、肺ドックのご利用もおすすめします。

上記医療センターにお問い合わせの上、受診申込書にてお申し込みください。

◎Cコース 12,600円(税込)

問診・CTX線断層撮影

② 豊田健康管理クリニック

住所: 豊田市竜神町新生151-2 TEL: 0565-27-5550

【受診日】

2021年7月6日(火)、7月8日(木)、7月13日(火)、7月15日(木)

【受診開始時間】

①8:30 ②9:30 ③10:30 ④13:00 ⑤14:00

(※1) 胃がん検査は8日(木)、13日(火)の①8:30、②9:30のみ実施

※胃がん検査はデジタル撮影になります。

受診場所及び日時

③ 三九郎病院

住所：豊田市小坂町7-80 TEL：0565-34-6318

【受診日】

2021年

8月24日(火)、8月25日(水)、8月26日(木)、8月27日(金)

※2020年度より上記4日間以外のご予約は受付できませんので、ご了承ください。

【受診開始時間】

①8:30 ②9:00 ③9:30 ④10:00 ⑤10:30 ⑥11:00

胃がん検査は①8:30、②9:00、③9:30、④10:00のみ実施

※胃がん検査はデジタル撮影になります。

三九郎病院婦人科検診のご案内

- 婦人科検診 ①子宮がん検診……………3,300円 (24日(火)、26日(木)、27日(金)実施)
- 乳がん検診 (②超音波検査……………3,850円
(本年度より視触診なし) ③マンモグラフィー……………4,400円)

④ 中野胃腸病院

住所：豊田市駒新町金山1-12 TEL：0565-57-3366

【受診日】

2021年

9月1日(水)、9月2日(木)、9月3日(金)、9月4日(土)

【受診開始時間】

①8:30 ②9:00 ③10:30 ④11:00

胃がん検査は①8:30、②9:00のみ実施

※胃がん検査はデジタル撮影になります。

婦人科検診

乳がん・子宮がん(頸部)も同時検査できます。

- 乳がん検査 (超音波検査……………3,300円(税込)
マンモグラフィー……………5,170円(税込))
- 頸部子宮がん検査(医師採取)……………3,300円(税込)

お申し込みと受診料金について

■申込書は、このご案内のなかにあります。

※各医療機関で申込書が異なりますのでご注意ください。

■お申し込みは、受診を希望される医療機関（豊田地域医療センター・豊田健康管理クリニック・三九郎病院・中野胃腸病院のいずれか）に **5月28日(金)**までに FAX または郵送にて直接お申し込みください。

※各医療機関のお申し込み先は、下記をご参照ください。

愛知県中小企業共済協同組合の組合員で、共済付帯サービスをご利用になる場合は、医療機関への予約後、受診日までに愛知県中小企業共済協同組合（フリーコール 0120-00-9967）に、直接助成券の発行を申請してください。

※三九郎病院につきましてはご利用いただけません。

■検診後に受診料金の請求がありますので、お支払いください。

【申込先】

- ① **豊田地域医療センター** 〒471-0062 豊田市西山町3-30-1
(TEL:0565-34-3002 FAX:0565-33-8710)
- ② **豊田健康管理クリニック** 〒473-0907 豊田市竜神町新生151-2
(TEL:0565-27-5550 FAX:0565-27-5036)
- ③ **三九郎病院** 〒471-0035 豊田市小坂町7-80
(TEL:0565-34-6318 FAX:0565-34-6319)
- ④ **中野胃腸病院** 〒473-0926 豊田市駒新町金山1-12
(TEL:0565-57-3366 FAX:0565-57-3360)



■その他お問合せ■

豊田商工会議所 総務部 TEL 0565-32-4568

(FAX 33-8710)

定期健康診断受診申込書

—— 豊田商工会議所 ——

豊田地域医療センターで検診を受けられる方は、この申込書を使用してください。

『定期健康診断受診申込書』に記載されている情報については、健診以外の目的では使用しません。また、健診結果は個人情報として責任を持って管理いたします。

郵便番号 _____
 住 所 _____
 事業所名 _____
 担当者名 _____
 T E L _____ F A X _____

フリガナ 受診者氏名	生年月日	性別	受診コース	受診希望日時(希望日時を○で囲んでください)
	昭和・平成 年 月 日	男・女	ア・イ ウ・エ	8/3・8/4・8/5・8/6 (火) (水) (木) (金) ア・イを希望の方 ①9:00～②10:00～③11:00～ ウ・エの方 8:30～9:00 となります
	昭和・平成 年 月 日	男・女	ア・イ ウ・エ	8/3・8/4・8/5・8/6 (火) (水) (木) (金) ア・イを希望の方 ①9:00～②10:00～③11:00～ ウ・エの方 8:30～9:00 となります
	昭和・平成 年 月 日	男・女	ア・イ ウ・エ	8/3・8/4・8/5・8/6 (火) (水) (木) (金) ア・イを希望の方 ①9:00～②10:00～③11:00～ ウ・エの方 8:30～9:00 となります
	昭和・平成 年 月 日	男・女	ア・イ ウ・エ	8/3・8/4・8/5・8/6 (火) (水) (木) (金) ア・イを希望の方 ①9:00～②10:00～③11:00～ ウ・エの方 8:30～9:00 となります
	昭和・平成 年 月 日	男・女	ア・イ ウ・エ	8/3・8/4・8/5・8/6 (火) (水) (木) (金) ア・イを希望の方 ①9:00～②10:00～③11:00～ ウ・エの方 8:30～9:00 となります
	昭和・平成 年 月 日	男・女	ア・イ ウ・エ	8/3・8/4・8/5・8/6 (火) (水) (木) (金) ア・イを希望の方 ①9:00～②10:00～③11:00～ ウ・エの方 8:30～9:00 となります
	昭和・平成 年 月 日	男・女	ア・イ ウ・エ	8/3・8/4・8/5・8/6 (火) (水) (木) (金) ア・イを希望の方 ①9:00～②10:00～③11:00～ ウ・エの方 8:30～9:00 となります

※受診コース ウ・エは3日(火)、4日(水)の8:30～9:00のみ実施

ア 合計	<input type="text"/>	名 × 7,300 円 =	<input type="text"/>	円
イ 合計	<input type="text"/>	名 × 8,591 円 =	<input type="text"/>	円
ウ 合計	<input type="text"/>	名 × 15,400 円 =	<input type="text"/>	円
エ 合計	<input type="text"/>	名 × 16,657 円 =	<input type="text"/>	円

脳ドック受診申込書 ※受診日・時間についてはお電話にて一度お問い合わせの上、お申し込みください。

フリガナ 受診者氏名	生年月日	性別	受診コース	受診日	時間
	昭和・平成 年 月 日	男・女	B・C		
	昭和・平成 年 月 日	男・女	B・C		

肺ドック受診申込書 ※受診日・時間についてはお電話にて一度お問い合わせの上、お申し込みください。

フリガナ 受診者氏名	生年月日	性別	受診コース	受診日	時間
	昭和・平成 年 月 日	男・女	C		
	昭和・平成 年 月 日	男・女	C		

※書ききれない場合は、この用紙をコピーしてご利用ください。
 ※受診時間帯により申し込みが集中した場合は、混雑解消のため変更をお願いする場合があります。

定期健康診断受診申込書

—— 豊田商工会議所 ——

豊田健康管理クリニックで検診を受けられる方は、この申込書を使用してください。

〔『定期健康診断受診申込書』に記載されている情報については、健診以外の目的では使用しません。また、健診結果は個人情報として責任を持って管理いたします。〕

郵便番号 _____
 住 所 _____
 事業所名 _____
 担当者名 _____
 T E L _____ F A X _____

フリガナ 受診者氏名	生 年 月 日	性別	受診コース	受診希望日時 (希望日時を○で囲んでください)
	昭和・平成 月 日	年 男・女	ア・イ ウ・エ	7/6・7/8・7/13・7/15 (火) (木) (火) (木) ① 8:30～ ② 9:30～ ③10:30～ ④13:00～ ⑤14:00～
	昭和・平成 月 日	年 男・女	ア・イ ウ・エ	7/6・7/8・7/13・7/15 (火) (木) (火) (木) ① 8:30～ ② 9:30～ ③10:30～ ④13:00～ ⑤14:00～
	昭和・平成 月 日	年 男・女	ア・イ ウ・エ	7/6・7/8・7/13・7/15 (火) (木) (火) (木) ① 8:30～ ② 9:30～ ③10:30～ ④13:00～ ⑤14:00～
	昭和・平成 月 日	年 男・女	ア・イ ウ・エ	7/6・7/8・7/13・7/15 (火) (木) (火) (木) ① 8:30～ ② 9:30～ ③10:30～ ④13:00～ ⑤14:00～
	昭和・平成 月 日	年 男・女	ア・イ ウ・エ	7/6・7/8・7/13・7/15 (火) (木) (火) (木) ① 8:30～ ② 9:30～ ③10:30～ ④13:00～ ⑤14:00～
	昭和・平成 月 日	年 男・女	ア・イ ウ・エ	7/6・7/8・7/13・7/15 (火) (木) (火) (木) ① 8:30～ ② 9:30～ ③10:30～ ④13:00～ ⑤14:00～
	昭和・平成 月 日	年 男・女	ア・イ ウ・エ	7/6・7/8・7/13・7/15 (火) (木) (火) (木) ① 8:30～ ② 9:30～ ③10:30～ ④13:00～ ⑤14:00～
	昭和・平成 月 日	年 男・女	ア・イ ウ・エ	7/6・7/8・7/13・7/15 (火) (木) (火) (木) ① 8:30～ ② 9:30～ ③10:30～ ④13:00～ ⑤14:00～
	昭和・平成 月 日	年 男・女	ア・イ ウ・エ	7/6・7/8・7/13・7/15 (火) (木) (火) (木) ① 8:30～ ② 9:30～ ③10:30～ ④13:00～ ⑤14:00～
	昭和・平成 月 日	年 男・女	ア・イ ウ・エ	7/6・7/8・7/13・7/15 (火) (木) (火) (木) ① 8:30～ ② 9:30～ ③10:30～ ④13:00～ ⑤14:00～
	昭和・平成 月 日	年 男・女	ア・イ ウ・エ	7/6・7/8・7/13・7/15 (火) (木) (火) (木) ① 8:30～ ② 9:30～ ③10:30～ ④13:00～ ⑤14:00～
	昭和・平成 月 日	年 男・女	ア・イ ウ・エ	7/6・7/8・7/13・7/15 (火) (木) (火) (木) ① 8:30～ ② 9:30～ ③10:30～ ④13:00～ ⑤14:00～

※受診コース 胃がん検査は8日(木)、13日(火)の①8:30～、②9:30～のみ実施

ア 合計	<input type="text"/>	名 × 7,300 円 =	<input type="text"/>	円
イ 合計	<input type="text"/>	名 × 8,591 円 =	<input type="text"/>	円
ウ 合計	<input type="text"/>	名 × 15,375 円 =	<input type="text"/>	円
エ 合計	<input type="text"/>	名 × 16,632 円 =	<input type="text"/>	円

※書ききれない場合は、この用紙をコピーしてご利用ください。
 ※受診時間帯により申し込みが集中した場合は、混雑解消のため変更をお願いする場合があります。

定期健康診断受診申込書

—— 豊田商工会議所 ——

三九朗病院で検診を受けられる方は、この申込書を使用してください。

『定期健康診断受診申込書』に記載されている情報については、健診以外の目的では使用しません。また、健診結果は個人情報として責任を持って管理いたします。

郵便番号 _____
 住 所 _____
 事業所名 _____
 担当者名 _____
 T E L _____ F A X _____

フリガナ 受診者氏名	生年月日	性別	受診コース	受診希望日時(希望日時を○で囲んでください)
	昭和・平成 月 日	年 男・ 女	ア・イ ウ・エ	8/24・8/25・8/26・8/27 (火) (水) (木) (金) ① 8:30～ ② 9:00～ ③ 9:30～ ④ 10:00～ ⑤ 10:30～ ⑥ 11:00～
	昭和・平成 月 日	年 男・ 女	ア・イ ウ・エ	8/24・8/25・8/26・8/27 (火) (水) (木) (金) ① 8:30～ ② 9:00～ ③ 9:30～ ④ 10:00～ ⑤ 10:30～ ⑥ 11:00～
	昭和・平成 月 日	年 男・ 女	ア・イ ウ・エ	8/24・8/25・8/26・8/27 (火) (水) (木) (金) ① 8:30～ ② 9:00～ ③ 9:30～ ④ 10:00～ ⑤ 10:30～ ⑥ 11:00～
	昭和・平成 月 日	年 男・ 女	ア・イ ウ・エ	8/24・8/25・8/26・8/27 (火) (水) (木) (金) ① 8:30～ ② 9:00～ ③ 9:30～ ④ 10:00～ ⑤ 10:30～ ⑥ 11:00～
	昭和・平成 月 日	年 男・ 女	ア・イ ウ・エ	8/24・8/25・8/26・8/27 (火) (水) (木) (金) ① 8:30～ ② 9:00～ ③ 9:30～ ④ 10:00～ ⑤ 10:30～ ⑥ 11:00～
	昭和・平成 月 日	年 男・ 女	ア・イ ウ・エ	8/24・8/25・8/26・8/27 (火) (水) (木) (金) ① 8:30～ ② 9:00～ ③ 9:30～ ④ 10:00～ ⑤ 10:30～ ⑥ 11:00～
	昭和・平成 月 日	年 男・ 女	ア・イ ウ・エ	8/24・8/25・8/26・8/27 (火) (水) (木) (金) ① 8:30～ ② 9:00～ ③ 9:30～ ④ 10:00～ ⑤ 10:30～ ⑥ 11:00～

※受診コース ウ. 基本健診+ 胃がん検査は① 8:30～、② 9:00～、③ 9:30～、④ 10:00～のみ実施

ア 合計	<input type="text"/>	名 × 7,300 円 =	<input type="text"/>	円
イ 合計	<input type="text"/>	名 × 8,600 円 =	<input type="text"/>	円
ウ 合計	<input type="text"/>	名 × 15,400 円 =	<input type="text"/>	円
エ 合計	<input type="text"/>	名 × 16,670 円 =	<input type="text"/>	円

婦人科検診受診申込書

※受診コース・受診希望日を○で囲んでください。
 ※子宮がん検診は24日(火)、26日(木)、27日(金)実施

フリガナ 受診者氏名	生年月日	受診コース	受診希望日
	昭和・平成 月 日	年 ①子宮がん検診 ②乳腺エコー ③マンモグラフィー	8/24・8/25・8/26・8/27 (火) (水) (木) (金)
	昭和・平成 月 日	年 ①子宮がん検診 ②乳腺エコー ③マンモグラフィー	8/24・8/25・8/26・8/27 (火) (水) (木) (金)
	昭和・平成 月 日	年 ①子宮がん検診 ②乳腺エコー ③マンモグラフィー	8/24・8/25・8/26・8/27 (火) (水) (木) (金)
	昭和・平成 月 日	年 ①子宮がん検診 ②乳腺エコー ③マンモグラフィー	8/24・8/25・8/26・8/27 (火) (水) (木) (金)
	昭和・平成 月 日	年 ①子宮がん検診 ②乳腺エコー ③マンモグラフィー	8/24・8/25・8/26・8/27 (火) (水) (木) (金)

※書ききれない場合は、この用紙をコピーしてご利用ください。
 ※受診時間帯により申し込みが集中した場合は、混雑解消のため変更をお願いする場合があります。

定期健康診断受診申込書

—— 豊田商工会議所 ——

中野胃腸病院で検診を受けられる方は、この申込書を使用してください。

〔定期健康診断受診申込書〕に記載されている情報については、健診以外の目的では使用しません。また、健診結果は個人情報として責任を持って管理いたします。

郵便番号 _____
 住 所 _____
 事業所名 _____
 担当者名 _____
 T E L _____ F A X _____

フリガナ 受診者氏名	生年月日	性別	受診コース	受診希望日時(希望日時を○で囲んでください)	
	昭和・平成 年 月 日	男・女	ア・イ ウ・エ	9/1・9/2・9/3・9/4 (水) (木) (金) (土)	① 8:30 ② 9:00 ③10:30 ④11:00
	昭和・平成 年 月 日	男・女	ア・イ ウ・エ	9/1・9/2・9/3・9/4 (水) (木) (金) (土)	① 8:30 ② 9:00 ③10:30 ④11:00
	昭和・平成 年 月 日	男・女	ア・イ ウ・エ	9/1・9/2・9/3・9/4 (水) (木) (金) (土)	① 8:30 ② 9:00 ③10:30 ④11:00
	昭和・平成 年 月 日	男・女	ア・イ ウ・エ	9/1・9/2・9/3・9/4 (水) (木) (金) (土)	① 8:30 ② 9:00 ③10:30 ④11:00
	昭和・平成 年 月 日	男・女	ア・イ ウ・エ	9/1・9/2・9/3・9/4 (水) (木) (金) (土)	① 8:30 ② 9:00 ③10:30 ④11:00
	昭和・平成 年 月 日	男・女	ア・イ ウ・エ	9/1・9/2・9/3・9/4 (水) (木) (金) (土)	① 8:30 ② 9:00 ③10:30 ④11:00
	昭和・平成 年 月 日	男・女	ア・イ ウ・エ	9/1・9/2・9/3・9/4 (水) (木) (金) (土)	① 8:30 ② 9:00 ③10:30 ④11:00

※受診コース ア・イは③10:30・④11:00、ウ・エは①8:30・②9:00のみ実施

ア	合計	<input type="text"/>	名 × 7,300 円 =	<input type="text"/>	円
イ	合計	<input type="text"/>	名 × 8,400 円 =	<input type="text"/>	円
ウ	合計	<input type="text"/>	名 × 15,300 円 =	<input type="text"/>	円
エ	合計	<input type="text"/>	名 × 16,400 円 =	<input type="text"/>	円

婦人科検診受診申込書

※受診コース・受診希望日を○で囲んでください。

フリガナ 受診者氏名	生年月日	受診コース	受診希望日
	昭和・平成 年 月 日	①子宮がん検診 ②乳がん(超音波検査・マンモグラフィ)	9/1・9/2・9/3・9/4 (水) (木) (金) (土)
	昭和・平成 年 月 日	①子宮がん検診 ②乳がん(超音波検査・マンモグラフィ)	9/1・9/2・9/3・9/4 (水) (木) (金) (土)
	昭和・平成 年 月 日	①子宮がん検診 ②乳がん(超音波検査・マンモグラフィ)	9/1・9/2・9/3・9/4 (水) (木) (金) (土)
	昭和・平成 年 月 日	①子宮がん検診 ②乳がん(超音波検査・マンモグラフィ)	9/1・9/2・9/3・9/4 (水) (木) (金) (土)

※書ききれない場合は、この用紙をコピーしてご利用ください。
 ※受診時間帯により申し込みが集中した場合は、混雑解消のため変更をお願いする場合があります。