

令和8年2月16日

会員各位

富良野商工会議所

健康診断の実施について

当所では、会員事業所の福祉の増進を支援するため、事業主と従業員の方々を対象に医療法人新産健会（スマイル健康クリニック）の健診車による健康診断を実施しております。本年度の春季健康診断を下記日程により実施いたします。業務ご多忙の折とは存じますが、ご受診くださいますようご案内申し上げます。

なお、受診料については、受診後にスマイル健康クリニックよりご請求させていただきます。当日会場受付での受診料の申し受けは出来ませんので、ご容赦ください。

また、混雑緩和のため、入場制限をさせていただきます。別紙申込書にご希望の受診日・時間帯をご記載ください。

※受診希望人数によりご要望に沿えない場合がございます。ご理解とご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

記

日 時 令和8年4月15日(水)・16日(木) 午前9時～午後5時

受付時間 8:30～11:30 13:00～16:15

場 所 富良野地域人材開発センター (西麻町1番1号)

健診種別 内容は別紙のとおり

健 診 料 法定健康診断 ・・・ 1人 5,720円

雇入時健康診断 ・・・ 1人 5,720円

※法定健診と同内容ですが、区分を分けて申込してください。

生活習慣病健康診断 1人 7,700円

※上記健康診断受診者1名につき商工会議所から500円助成します。

※ オプション検査（別紙）を付加することも可能です。

ご希望される方は申込書に氏名・希望オプション検査をご記入ください。

（オプション検査については助成対象外となります。）

※ 健診を希望される方は3月6日(金)までに、メールまたはFAXにてお申し込みください。（TEL：22-3555/MAIL：fccci@furano.ne.jp/FAX：22-3120 担当 沼田・太田・工藤）

令和8年度 健康診断 料金・項目

健康診断コース	検査項目	希望料金
法定健康診断 (全年齢) の方対象	①計測(身長・体重・BMI) ②尿検査(蛋白、糖、潜血、ウロビリノゲン) ③視力検査 ④聴力検査(オージオメーター) ⑤血圧測定 ⑥医師による診察 ⑦胸部レントゲン撮影 ⑧腹囲測定 ⑨心電図検査 ⑩血液検査 • 貧血(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット、血小板数) • 炎症(白血球数) • 肝機能(GOT、GPT、γ-GTP) • 血中脂質(中性脂肪、LDLコレステロール、HDLコレステロール) • 腎機能(尿酸) • 糖尿(血糖、ヘモグロビンA1c)	5,720円 (税抜5,200-)
雇入時健診 (全年齢) の方対象	法定健康診断と同内容 管理システムの都合上、法定健診と区分を分けてお選びください。	5,720円 (税抜5,200-)
生活習慣病健康診断 より詳しく 調べたい方 対象 ※法定健診に下線部 分が 追加となります。	①計測(身長、体重、BMI) ②尿検査(蛋白、糖、潜血、ウロビリノゲン) ③視力検査 ④聴力検査(オージオメーター) ⑤血圧測定 ⑥医師による診察 ⑦胸部レントゲン撮影 ⑧腹囲測定 ⑨心電図検査 ⑩血液検査 • 貧血(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット、血小板数) • 炎症(白血球数) • 肝機能(GOT、GPT、γ-GTP、ALP、LDH、総蛋白 、アルブミン、総ビリルビン、ChE) • 血中脂質(中性脂肪、LDLコレステロール、HDLコレステロール) • 糖尿(血糖、ヘモグロビンA1c) • 腎機能(尿酸、尿素窒素、クレアチニン、eGFR) • 膵機能(アミラーゼ、リパーゼ) ⑪大腸がん検査(便潜血2回法)	7,700円 (税抜7,000-)
【備考】		
①年齢の基準日は令和9年3月31日時点での年齢となります。		

令和8年度 オプション検査 料金

【おすすめオプション検査】

オプション名	検査項目	希望料金
大腸がん検査 ※法定健康診断受診の方	便潜血2回法	2,200円 (税抜2,000-)
胃部検査	ペプシゲン検査(血液で胃の萎縮を調べる検査です)	3,520円 (税抜3,200-)

【その他オプション検査】

オプション名	検査項目	希望料金
肺がん検査Ⅰ (非喫煙者用)	CEA(血液検査) + 胸部レントゲン直接撮影(二重読影)	3,190円 (税抜2,900-)
肺がん検査Ⅱ (喫煙者用)	喀痰検査 + 胸部レントゲン直接撮影(二重読影)	4,180円 (税抜3,800-)
腎機能検査※	血液検査(尿素窒素、クレアチニン、eGFR)	770円 (税抜700-)
肝機能検査※	血液検査(ALP、LDH、総蛋白、アルブミン、総ビリルビン、ChE)	1,540円 (税抜1,400-)
膵機能検査※	血液検査(アミラーゼ、リパーゼ)	990円 (税抜900-)
肝炎ウイルス検査(B型)	B型抗原、抗体 ※定量	1,320円 (税抜1,200-)
肝炎ウイルス検査(C型)	C型抗体 ※定量	2,750円 (税抜2,500-)
甲状腺検査	血液検査(FT3、FT4、TSH)	3,850円 (税抜3,500-)
前立腺がん検査	血液検査(PSA)	2,200円 (税抜2,000-)
子宮がん検査	血液検査(CA125)	2,640円 (税抜2,400-)
リウマチ	血液検査(RF、CRP) ※定量	2,530円 (税抜2,300-)
血液型	血液検査(ABO、Rh血液型)	550円 (税抜500-)
検便検査	赤痢菌、サルモネラ菌、大腸菌O-157	2,200円 (税抜2,000-)
眼底検査	眼球写真撮影(両眼) ・動脈硬化、眼底出血、白内障、緑内障の有無等	1,100円 (税抜1,000-)
蜂抗体検査	血液検査(1gEシンガルアレルゲン) ・スズメバチ・アシナガバチ・ミツバチの3種類あります。	1種類につき 1,430円 (税抜1,300-)

【備考】

- ①『※』についている検査は、生活習慣病健康診断に含まれています。
 ②がん検査は、がんが100%発見されるものではありませんので、予めご了承ください。

令和8年度 特殊健康診断 料金

【特殊健康診断】

健康診断名	検査項目	希望料金
有機溶剤健康診断 (トルエン) (キシレン)	①問診(既往歴・業務等) ②医師による診察 ③尿検査(尿中蛋白の有無) ④自他覚症状の有無の検査 ⑤代謝物検査(指定有機溶剤) ※使用溶剤によって項目・料金が変わります。	溶剤1項目につき 2,530円 (税抜2,300-)
特定化学物質健康診断 (エチルベンゼン)	①問診(業務歴、作業条件の簡易な調査等) ②医師による診察 ③エチルベンゼンによる眼の痛み、発赤、せき、咽頭痛、鼻腔刺激症状、頭痛、倦怠感等の自他覚症状の既往歴有無の検査 及び自他覚症状の有無の検査 ④代謝物(尿中マンデル酸)の測定	4,400円 (税抜4,000-)
特定化学物質健康診断 (スチレン)	①問診(業務歴、作業条件の簡易な調査等) ②医師による診察 ③スチレンによる健康障害等の自他覚症状及び既往歴有無の検査 ④代謝物(尿中マンデル酸)の測定 ⑤肝機能、白血球数及び白血球分画の検査	4,400円 (税抜4,000-)
特定化学物質健康診断 (メルカプチルケトン)	①問診(業務歴、作業条件の簡易な調査等) ②医師による診察 ③メルカプチルケトンによる健康障害等の他覚症状及び自他覚症状及び既往歴有無の検査	3,300円 (税抜3,000-)
特定化学物質健康診断 (溶接ヒューム)	①問診(業務歴、作業条件の簡易な調査等) ②医師による診察 ③溶接ヒュームによる健康障害等の他覚症状及び自他覚症状及び既往歴有無の検査 ④握力の測定	3,300円 (税抜3,000-)
石綿健康診断	①胸部レントゲン直接撮影 ②医師による診察(既往歴、業務歴の調査) ③自覚症状及び他覚症状の有無の検査	2,530円 (税抜2,300-)
じん肺健康診断	①胸部レントゲン直接撮影 ②医師による診察(既往歴、業務歴の調査) ③自覚症状及び他覚症状の有無の検査	3,080円 (税抜2,800-)
振動病健康診断	①問診(既往歴・業務等) ②医師による診察(触診・視診、既往歴・業務歴の調査) ③自覚症状及び他覚症状の有無の検査 ④血圧測定 ⑤末梢循環機能検査(爪圧迫・指温度) ⑥末梢神経機能検査(痛覚・振動覚) ⑦運動機能検査(握力/維持握力5回法)	11,000円 (税抜10,000-)

健康診断申込書

事業所名 : _____

住所 : _____

連絡先 : _____

健診種別	法定健診	雇入時健診	生活習慣病健診	合計
人 数	名	名	名	名

※ 受診者氏名、健診種別等をご記入下さい。(当所HPに同様式を掲載しておりますので、
ダウンロードしてご利用ください。)

<https://www.furano-cci.or.jp/>

※ 受診者数によって、ご希望の受診日時に沿いかねる場合がございます。

No.	受診者氏名	フリガナ	性別	健診種別	生年月日	受診希望日	受診希望時間	備考
例	健康太郎	ケンコウ タロウ	男	法定	H2.12.31	15日・16日	AM・PM	
1						15日・16日	AM・PM	
2						15日・16日	AM・PM	
3						15日・16日	AM・PM	
4						15日・16日	AM・PM	
5						15日・16日	AM・PM	
6						15日・16日	AM・PM	
7						15日・16日	AM・PM	
8						15日・16日	AM・PM	
9						15日・16日	AM・PM	
10						15日・16日	AM・PM	
11						15日・16日	AM・PM	
12						15日・16日	AM・PM	
13						15日・16日	AM・PM	
14						15日・16日	AM・PM	
15						15日・16日	AM・PM	

※行が不足する場合は、コピーしてお使いください。

◎オプション検査

氏名	希望オプション検査

※ 健診日の10日～1週間前までに事業所へ受診票が発送されます。

受診日当日までに必要事項(問診票)をご記入の上、会場にご持参ください。

申込書返信先(Mail:facci@furano.ne.jp、FAX:0167-22-3120)