

よくあるご質問

Q. 健康診断を受けさせることは義務ですか？

A. 事業者は、労働安全衛生規則(安衛則第43条、44条)に基づき、労働者に対して健康診断を実施しなければなりません。また労働者は、事業者が行う健康診断を受けなければなりません。

Q. 受付時間内であればいつでも受診することができますか？

A. 混雑を避けるために健診時間を設定しております。申し込み後、担当者様へメールにてご連絡させていただきます。

Q. 所要時間はどれくらいですか？

A. A、Bコース共に一人様当たり約60分となっております。

Q. 家族の分も一緒に受けたいのですが…。

A. 従業員様ご家族も同額で受診頂けます。お気軽にお申込みください。

Q. 駐車場はありますか？

A. 専用駐車場はございませんので、市営地下駐車場または、近隣の有料駐車場をご利用ください。

Q. コンタクトレンズは着用していても大丈夫ですか？

A. コンタクトレンズは眼底検査のある方のみ外していただく場合がございますので、保存容器や予備レンズをご持参ください。

Q. キャンセルしたいのですが…。

A. キャンセルの場合は出来るだけ早くご連絡下さい。振込期日5月19日以降のキャンセルはできません。なお、当日体調不良の場合はご無理をなさることなく、ご連絡ください。

Q. 受診当日の持参物を教えてください。

A. 事前に届いている受診票と採取したキット(尿、便)持参をお願いいたします。



人も企業も煌めく未来へ



伊丹商工会議所

The Itami Chamber of Commerce and Industry



一般財団法人 日本健康増進財団

JAPAN HEALTH PROMOTION FOUNDATION

(伊丹商工会議所会員)

リニューアルしました！ 生活習慣病健診



労働安全衛生規則(安衛則第43条、44条)に定められた法定健診及び、生活習慣病健診を実施いたします。選べるオプション検査も充実しておりますので、事業所全体の健康管理にぜひお役立てください。

📅 実施日

令和8年5月29日(金)

⌚ 締切

5月8日(金)まで

🕒 受付

8時30分～14時30分(所要時間約60分)

男性 8:30～10:30・13:00～14:30 女性 11:00～12:30

📄 申込

FAX:072-775-1223

mail:icci06@itami.or.jp

(申込書のPDF添付)



← ネット申込も
利用できます！

💰 料金

【会員特別価格】8,360円～

従業員様のご家族も同額で
受診いただけます！

今年度より、生活習慣病総合健診の内容を充実。
さらに新たなオプション検査もご用意し、幅広いご要望にお応えします！

- ・がん死亡率女性1位、男性2位の大腸がんの検査を生活習慣病健診コースに組込。
- ・近年需要が急増しているアレルギー検査をオプション検査に追加。
- ・骨密度検査、サリバチェッカーなど、皆様のご要望にお応えし追加しました。

📍 会場・アクセス

伊丹商エプラザ6階
マルチメディアホール

伊丹市宮ノ前2-2-2

阪急伊丹駅またはJR伊丹駅徒歩7分。
伊丹市バス「宮ノ前」停留所下車すぐ。



(伊丹商エプラザ)

📞 お問い合わせ

TEL:072-775-1221

mail:icci06@itami.or.jp



■健診内容一覧

■Aコース(法定健診)

(赤字は今年度から追加した項目です) (消費税率10%。料金表示はすべて1名様分です。)

検査項目	検査内容		料金(税込)
医師診察	聴打診(問診含む)	問診、視診、触診、聴打診などを行います。	会員 8,360 円 <small>(税抜7,600円消費税760円)</small> 一般 11,660 円 <small>(税抜10,600円消費税1,060円)</small>
身体測定	身長・体重・BMI・腹囲・視力検査(裸眼もしくは矯正)	身長、体重、腹囲、視力検査を測ります。	
尿検査	蛋白・糖・潜血	腎臓、尿路の状態や糖尿病などを調べます。	
聴力検査	オージオ(1000Hz・4000Hz)	聴力を測ります。	
呼吸器系検査	胸部エックス線撮影(デジタル)	肺、気管支を調べます。	
循環器系検査	血圧測定・心電図(安静12誘導)	血圧、不整脈、狭心症などを調べます。	
血液検査	血液学検査…赤血球・ヘモグロビン	貧血、動脈硬化、肝機能などの状態や、糖尿病を調べます。	
	肝機能検査…AST(GOT)・ALT(GPT)・γ-GT		
	脂質検査…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…血糖・ HbA1C		

■Bコース(生活習慣病総合健診)

※Aコースの全内容に加えて、下記内容を検査します。

検査項目	検査内容		料金(税込)
循環器系検査	動脈硬化度測定	血管の硬さと狭窄の状態を調べます。	会員 19,800 円 <small>(税抜18,000円消費税1,800円)</small> 一般 23,100 円 <small>(税抜21,000円消費税2,100円)</small>
眼科系検査	眼底検査	網膜、視神経などの状態や白内障、緑内障などを調べます。	
血液検査	血液学検査…白血球・ヘマトクリット	貧血、肝機能、腎機能、膵臓機能などの状態や通風を調べます。	
	肝機能検査…総たん白・ALP		
	膵臓機能検査…アミラーゼ		
	腎機能検査…尿素窒素・尿酸・クレアチニン・ e-GFR		
消化器系検査	大腸がん検査…便潜血反応（2日法）	便に含まれるヘモグロビンを検出します。 大腸がんの早期発見に有効な検査です。	

■オプション検査

※オプション検査のみの受診はできません。

(注)健診当日に検査キットをお渡しし、持ち帰りご自宅で採取し発送していただく検査です。

検査項目	検査内容		料金(税込)
アレルギー検査	アレルギーView39	39種のアレルギーを一度に調べられる検査です。	11,000 円 <small>(税抜10,000円 消費税1,000円)</small>
骨密度検査	QUS(超音波)	骨密度を見ることで、将来の骨折リスクや骨粗しょう症を調べます。	2,200 円 <small>(税抜2,000円 消費税200円)</small>
がんリスク検査	サリバチェッカー	唾液中の複数の代謝物特徴を分析しAⅠ解析をします。肺、膵臓、胃、大腸、乳(女性のみ)、口腔のがんのリスクを報告します。(注)	22,000 円 <small>(税抜20,000円 消費税2,000円)</small>
腸内フローラ検査	Flora Scan	腸内環境を見ることで、体質を総合的に分類し、そのタイプに基づいた専門的な解説を行います。(注)	15,400 円 <small>(税抜14,000円 消費税1,400円)</small>
腹部エコー検査	超音波検査	腹部6臓器の状態を調べる検査です。	4,950 円 <small>(税抜4,500円 消費税450円)</small>
エクオール検査	尿検査	女性ホルモンと似た働きを持つエクオールをみる検査です。(注)	4,400 円 <small>(税抜4,000円 消費税400円)</small>
胃がん層別化検査	ABC検診	血液検査による胃がんリスクスクリーニングです。胃の健康度とピロリ菌の有無を報告します。	3,300 円 <small>(税抜3,000円 消費税300円)</small>
心機能マーカー検査	NT-proBNP	心臓の健康度を測定し、心不全、心筋梗塞の早期発見に役立ちます。	3,300 円 <small>(税抜3,000円 消費税300円)</small>
腫瘍マーカー検査 【男性対象】	PSA,CEA,AFP	前立腺がん、消化器系がん、肝臓がんを知る指標となる検査です。(がんの陽性率を保証するものではありません。)	3,850 円 <small>(税抜3,500円 消費税350円)</small>
腫瘍マーカー検査 【女性対象】	CA125,CEA,AFP	卵巣がん、子宮がん、消化器系がん、肝臓がんを知る指標となる検査です。(がんの陽性率を保証するものではありません。)	3,850 円 <small>(税抜3,500円 消費税350円)</small>

●申込の流れ・お支払いについて

- ①申込書に必要事項を記入し、**5月8日(金)まで**にホームページまたはFAXかメール(PDF添付)でお申込みください。
- ②当所から申込書記載の“担当者メールアドレス”へ**受付確認メール**を送信いたします。受付確認メールがお申込み日から3営業日以内に届かない場合、必ずお電話でご連絡いただきますようお願いいたします。
- ③申込内容が確定しましたら、**5月19日(火)まで**に窓口、もしくはお振込で受診料をお支払いください。

振込先: **三井住友銀行 伊丹支店 普通預金 1486512 伊丹商工会議所**
(振込手数料はお振込人様のご負担にてお願いいたします。)
※恐れ入りますが、健診日当日のお支払いはご遠慮くださいますようお願いいたします。

●その他留意点

- ・健診時間は、健診日約一週間前にご連絡致しますが、通知された時間でご都合が悪い場合は、伊丹商工会議所までご連絡をお願いします。
- ・発熱、咳、倦怠感など風邪の諸症状のある方は当日の受診をご遠慮願います。
- ・会場の管理者(伊丹市)の指針などにより、中止する場合がございます。予めご了承ください。その場合のお支払い済み料金は、全額ご返金いたします。
- ・当日の会場での混雑・密集を回避するため、希望の時間のご受診ができない場合がございます。また、同一事業所の方であっても、複数の時間帯で分散して受診していただく場合がございます。
- ・健診の結果につきましては、およそ4週間後に健診実施機関から個人結果票、及び事業主様に法定項目の検査結果を記載した結果一覧表を送付します。(従業員様の同意は必要ございません)

伊丹商工会議所 T3140005018087	申 込 日 : 令和8年 月 日
5月29日(金)生活習慣病健診申込書	F A X : 072-775-1223
事業所名	E-mail : icci06@itami.or.jp (PDF添付)
住 所 〒	担当者
(必ずご記入ください)	
T E L 担当者メールアドレス	

	フリガナ 受診者氏名	生年月日	性別 (○選択)	希望時間帯 (○選択)	コース (○選択)	オプション検査 (希望する場合☑)		
1		西暦 年 月 日	・男性 ・女性	・午前 ・午後 ・希望なし	・Aコース ・Bコース	<input type="checkbox"/> アレルギー検査 <input type="checkbox"/> 骨密度検査 <input type="checkbox"/> がんリスク検査	<input type="checkbox"/> 腸内フローラ検査 <input type="checkbox"/> 腹部エコー検査 <input type="checkbox"/> エクオール検査	<input type="checkbox"/> 胃がんリスク検査 <input type="checkbox"/> 心機能マーカー <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー
2		西暦 年 月 日	・男性 ・女性	・午前 ・午後 ・希望なし	・Aコース ・Bコース	<input type="checkbox"/> アレルギー検査 <input type="checkbox"/> 骨密度検査 <input type="checkbox"/> がんリスク検査	<input type="checkbox"/> 腸内フローラ検査 <input type="checkbox"/> 腹部エコー検査 <input type="checkbox"/> エクオール検査	<input type="checkbox"/> 胃がんリスク検査 <input type="checkbox"/> 心機能マーカー <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー
3		西暦 年 月 日	・男性 ・女性	・午前 ・午後 ・希望なし	・Aコース ・Bコース	<input type="checkbox"/> アレルギー検査 <input type="checkbox"/> 骨密度検査 <input type="checkbox"/> がんリスク検査	<input type="checkbox"/> 腸内フローラ検査 <input type="checkbox"/> 腹部エコー検査 <input type="checkbox"/> エクオール検査	<input type="checkbox"/> 胃がんリスク検査 <input type="checkbox"/> 心機能マーカー <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー
4		西暦 年 月 日	・男性 ・女性	・午前 ・午後 ・希望なし	・Aコース ・Bコース	<input type="checkbox"/> アレルギー検査 <input type="checkbox"/> 骨密度検査 <input type="checkbox"/> がんリスク検査	<input type="checkbox"/> 腸内フローラ検査 <input type="checkbox"/> 腹部エコー検査 <input type="checkbox"/> エクオール検査	<input type="checkbox"/> 胃がんリスク検査 <input type="checkbox"/> 心機能マーカー <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー
5		西暦 年 月 日	・男性 ・女性	・午前 ・午後 ・希望なし	・Aコース ・Bコース	<input type="checkbox"/> アレルギー検査 <input type="checkbox"/> 骨密度検査 <input type="checkbox"/> がんリスク検査	<input type="checkbox"/> 腸内フローラ検査 <input type="checkbox"/> 腹部エコー検査 <input type="checkbox"/> エクオール検査	<input type="checkbox"/> 胃がんリスク検査 <input type="checkbox"/> 心機能マーカー <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー
6		西暦 年 月 日	・男性 ・女性	・午前 ・午後 ・希望なし	・Aコース ・Bコース	<input type="checkbox"/> アレルギー検査 <input type="checkbox"/> 骨密度検査 <input type="checkbox"/> がんリスク検査	<input type="checkbox"/> 腸内フローラ検査 <input type="checkbox"/> 腹部エコー検査 <input type="checkbox"/> エクオール検査	<input type="checkbox"/> 胃がんリスク検査 <input type="checkbox"/> 心機能マーカー <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー
7		西暦 年 月 日	・男性 ・女性	・午前 ・午後 ・希望なし	・Aコース ・Bコース	<input type="checkbox"/> アレルギー検査 <input type="checkbox"/> 骨密度検査 <input type="checkbox"/> がんリスク検査	<input type="checkbox"/> 腸内フローラ検査 <input type="checkbox"/> 腹部エコー検査 <input type="checkbox"/> エクオール検査	<input type="checkbox"/> 胃がんリスク検査 <input type="checkbox"/> 心機能マーカー <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー

- ・上記の情報は健康診断に関する事務以外に使用することはありません。
- ・お申込状況により、ご希望の時間帯にそえない場合がございます。
- ・記入欄が不足する場合はコピーしてお使いください。
- ・消費税仕入税額控除にお使いの際は、本紙と金融機関発行の振込明細書を合わせて保管してください。

受診料合計

円