

実施期間は、11月より開始していますので、ご利用ください。

1名につき2,000円を協会より助成いたします。会員様限定の事業です。

費用助成による一般定期健康診断の実施について

(従業員30名未満会員事業場・建設自営業者組合 組合員対象)

一般社団法人 名北労働基準協会

労働安全衛生法では、労働者を1名以上使用する事業場に対し、1年以内ごとに1回一般定期健康診断の実施を義務づけております。当協会では、中小規模事業場の一般定期健康診断の実施促進のため、従業員30名未満の会員事業場を対象に、労働安全衛生法の規定に基づく一般定期健康診断（法定全項目）の受診に際して、健康診断費用の一部（2,000円）を助成いたします。

近年、定期健康診断における有所見率は年々増加しており、有所見の多くを占める、高血圧、脂質異常症（高脂血症）、糖尿病などの生活習慣病は、内臓型肥満が原因とされており、平成20年4月には労働安全衛生法が改正され、腹囲の測定を含む、定期健康診断の項目の改正が行われました。なお、虚血性心疾患等の重大疾病の予防には、精度の高い検査の実施による、生活習慣病等の早期発見が不可欠ですので、この機会に是非ご活用いただきますようご案内いたします。

記

1. 対 象 従業員30名未満の会員事業場・建設自営業者組合員

2. 実施期間 平成26年11月25日～平成27年2月27日

実施会場 裏面健康診断実施日程表のとおり

3. 健診項目 ①診 察 ②身長・体重・腹囲・視力 ③胸部X線（直接撮影） ④血圧測定
⑤尿検査⑥聴力検査 ⑦貧血検査 ⑧肝機能検査 ⑨血中脂質検査 ⑩血糖検査（HbA1c）⑪心電図検査 ※1名の健診時間は約30分です。

4. 健診費用および助成額

1名費用	1名助成額	事業場負担額
10,692円（税込み）	2,000円	8,692円（税込み）

(注) 当協会が貴事業場へ支給する助成金の2,000円は事務処理上の都合のため、愛知健康増進財団がその助成金を代理受領することの承諾申し出により助成金を差し引いた金額を愛知健康増進財団が貴事業場へ請求しますのでよろしくお願い申し上げます。
後日、貴事業場への支給助成金は、当協会より愛知健康増進財団に支払わせていただきます。

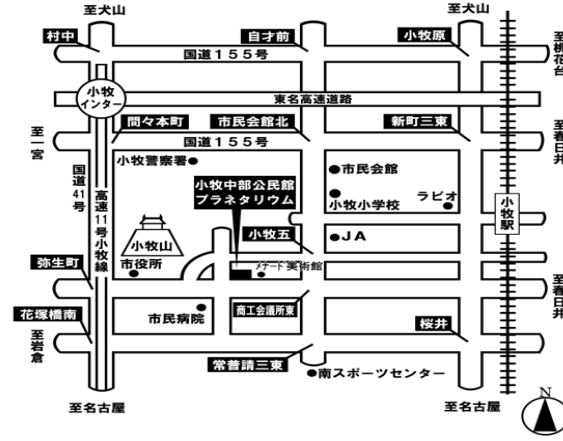
5. 健康診断実施日程表

実施日	実施会場	所在地	受付時間	受診員	備 考
26年11月25日(火)	(一財)愛知健康増進財団	名古屋市北区清水1-18-4	14:00、14:30	15名	
11月28日(金)	(一財)愛知健康増進財団	名古屋市北区清水1-18-4	14:00、14:30	10名	有機溶剤健診実施可能日
12月1日(月)	(一財)愛知健康増進財団	名古屋市北区清水1-18-4	14:00、14:30	20名	
12月5日(金)	(一財)愛知健康増進財団	名古屋市北区清水1-18-4	14:00、14:30	15名	
12月8日(月)	(一財)愛知健康増進財団	名古屋市北区清水1-18-4	14:30	10名	
12月12日(金)	(一財)愛知健康増進財団	名古屋市北区清水1-18-4	14:00	10名	有機溶剤健診実施可能日
12月15日(月)	(一財)愛知健康増進財団	名古屋市北区清水1-18-4	14:00、14:30	20名	
12月19日(金)	(一財)愛知健康増進財団	名古屋市北区清水1-18-4	14:00	15名	
27年1月7日(水)	(一財)愛知健康増進財団	名古屋市北区清水1-18-4	14:00、14:30	30名	
1月8日(木)	(一財)愛知健康増進財団	名古屋市北区清水1-18-4	13:30	10名	
1月9日(金)	(一財)愛知健康増進財団	名古屋市北区清水1-18-4	14:00、14:30	20名	有機溶剤健診実施可能日
1月15日(木)	㈱ファインセンター春日井工場様	春日井市大泉寺町438	9:00~12:00	80名	
1月15日(木)	㈱ファインセンター春日井工場様	春日井市大泉寺町438	13:30~16:00	70名	
1月16日(金)	(一財)愛知健康増進財団	名古屋市北区清水1-18-4	14:00、14:30	30名	
1月19日(月)	(一財)愛知健康増進財団	名古屋市北区清水1-18-4	14:00、14:30	30名	
1月20日(火)	小牧中部公民館	小牧市小牧5-253	9:00~12:00	100名	
1月23日(金)	(一財)愛知健康増進財団	名古屋市北区清水1-18-4	14:00、14:30	30名	
1月26日(月)	(一財)愛知健康増進財団	名古屋市北区清水1-18-4	14:00、14:30	30名	
1月28日(水)	(一財)愛知健康増進財団	名古屋市北区清水1-18-4	14:00、14:30	30名	
1月29日(木)	小牧中部公民館	小牧市小牧5-253	13:00~16:00	100名	
1月29日(木)	(一財)愛知健康増進財団	名古屋市北区清水1-18-4	13:30	10名	
1月30日(金)	(一財)愛知健康増進財団	名古屋市北区清水1-18-4	14:00、14:30	20名	有機溶剤健診実施可能日
2月3日(火)	(一財)愛知健康増進財団	名古屋市北区清水1-18-4	14:30、15:00	30名	
2月4日(水)	(一財)愛知健康増進財団	名古屋市北区清水1-18-4	14:30	15名	
2月6日(金)	(一財)愛知健康増進財団	名古屋市北区清水1-18-4	14:00、14:30	20名	有機溶剤健診実施可能日
2月9日(月)	(一財)愛知健康増進財団	名古屋市北区清水1-18-4	14:30、15:00	30名	
2月13日(金)	(一財)愛知健康増進財団	名古屋市北区清水1-18-4	14:30、15:00	20名	有機溶剤健診実施可能日
2月16日(月)	(一財)愛知健康増進財団	名古屋市北区清水1-18-4	14:00、14:30	30名	
2月17日(火)	(一財)愛知健康増進財団	名古屋市北区清水1-18-4	14:00、14:30	30名	
2月20日(金)	(一財)愛知健康増進財団	名古屋市北区清水1-18-4	14:00、14:30	25名	有機溶剤健診実施可能日
2月23日(月)	(一財)愛知健康増進財団	名古屋市北区清水1-18-4	14:00	15名	
2月26日(木)	(一財)愛知健康増進財団	名古屋市北区清水1-18-4	13:30	10名	
2月27日(金)	(一財)愛知健康増進財団	名古屋市北区清水1-18-4	14:00、14:30	20名	有機溶剤健診実施可能日

6. 会場所在地



(一財) 愛知健康増進財団



小牧会場 小牧中部公民館



春日井会場 (株)ファインシンター春日井工場様

(注) 春日井会場は春日井支部役員 (株)ファインシンター春日井工場様のご厚意により お借りしております。

7. 申込方法

- ①申込締切 各会場とも定員に達し次第、締め切らせていただきます。
- ②受診関係書類 当日ご持参いただく受診者名簿・個人票等は、ご受診希望日の1週間前頃に届きますのでご了承ください。
 なお、お送りいたしました個人票等に、必要事項を予めご記入いただき健診実施会場へお持ちください。
- ③申込書記入上のご注意
 - ・受診希望日、会場名につきましては、健康診断実施日程表をご覧のうえご記入ください。
 なお、貴事業場所在地により、ご受診いただける実施日が限られますのでご注意ください。
 - ・2回に従業員を分けて受診を希望される事業場につきましては、1回目、2回目の受診予定者数をご記入ください。なお、この場合、各希望日のうちいずれかの2日間でご受診いただくことになります。
 - ・複数日に分けて受診を希望される事業場につきましては、名簿を分けてご記入いただくか、備考欄に受診日をご記入下さい。
 - ・各実施日は、受診定員になり次第、申し込みを締め切ります。このため、ご希望の月日にご受診いただけないこともあります。この場合には予め電話にて別の実施日を調整いたします。

④申し込み・お問い合わせ先

一般社団法人 名北労働基準協会 総務部 TEL (052) 961-1666
 〒462-8575 名古屋市北区清水1-13-1 FAX (052) 962-1670

下記申込書にご記入いただき、当協会にお送りください。

費用助成による一般定期健康診断申込書
 (平成26年度ヘルスサポートワーク)

日程決定後、受付印押印のうえ
 FAXにて返送いたします

事業場	会員番号※	下記のとおり受診を申し込みます		年	月	日
	名称		TEL			
	所在地	〒	FAX			
担当者役職名		従業員数		名	(従業員30名未満の会員事業場対象)	
		氏名			⑩	
受診者数	受診方法 ○を(付けてください)		受診希望日・会場名 (※必ず第3希望日までご記入ください)			有機溶剤健診希望者 (指定日)
名	1回で 従業員 全員が 受診	2回で 従業員 全員が 受診	1回目	名	第一希望日 月 日 (曜日) 会場名	有・無 () 名
			2回目	名	第二希望日 月 日 (曜日) 会場名	
					第三希望日 月 日 (曜日) 会場名	

※お送りしました封筒または「Meihoku」封筒の宛名右下の番号をご記入ください。
 ※申込時に別紙受診予定者名簿(氏名、フリガナ、性別、生年月日は必ず記入)を提出ください。

平成 年 月 日

承諾書

一般社団法人 名北労働基準協会より当社に支給される健康診断費用助成金について、健康診断を実施した一般財団法人 愛知健康増進財団に対して支払われることを承諾いたします。

所在地

事業場名

事業主名

⑩

一般定期健康診断ご受診予定者名簿

事業場名:

受診予定人数: 人

受診日: / ()

No.	フリガナ 氏名	性別	生年月日	保険証の種類	保険証		備考
					記号	番号	
1		男・女	T・S・H 年 月 日	() 協会けんぽ・健康保険組合			
2		男・女	T・S・H 年 月 日	() 協会けんぽ・健康保険組合			
3		男・女	T・S・H 年 月 日	() 協会けんぽ・健康保険組合			
4		男・女	T・S・H 年 月 日	() 協会けんぽ・健康保険組合			
5		男・女	T・S・H 年 月 日	() 協会けんぽ・健康保険組合			
6		男・女	T・S・H 年 月 日	() 協会けんぽ・健康保険組合			
7		男・女	T・S・H 年 月 日	() 協会けんぽ・健康保険組合			
8		男・女	T・S・H 年 月 日	() 協会けんぽ・健康保険組合			
9		男・女	T・S・H 年 月 日	() 協会けんぽ・健康保険組合			
10		男・女	T・S・H 年 月 日	() 協会けんぽ・健康保険組合			
11		男・女	T・S・H 年 月 日	() 協会けんぽ・健康保険組合			
12		男・女	T・S・H 年 月 日	() 協会けんぽ・健康保険組合			
13		男・女	T・S・H 年 月 日	() 協会けんぽ・健康保険組合			
14		男・女	T・S・H 年 月 日	() 協会けんぽ・健康保険組合			
15		男・女	T・S・H 年 月 日	() 協会けんぽ・健康保険組合			