

これは、一般定期健康診断、特殊健康診断、生活習慣病予防健診のご案内です。

これらの健康診断を同時期に並行して実施出来るよう、毎年6月と11月の年2回、ご案内申し上げます。この案内は、秋（10月～3月）に実施するものであり、それぞれの健康診断の組み合わせ等をご検討いただき、当労働基準協会へ受診申し込みを期日までにいただきますようお願い申し上げます。

令和7年6月1日

会員事業主 殿

一般社団法人 諏訪労働基準協会

令和7年秋の一般定期健康診断・特殊健康診断・ 生活習慣病予防健診のご案内

向暑の候、貴社益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

労働者の健康管理につきましては、労働安全衛生法の規定に基づき常日頃よりご配慮されていることと思っておりますが、今回は令和7年秋の一般定期健康診断、特殊健康診断、生活習慣病予防健診を同時期に実施していただけますようご案内申し上げますので、健康診断が法定通り行われ、従業員の健康保持が図られますようご検討いただき、健康診断を受診されますようご案内申し上げます。

産業医選任事業場（常時50人以上を使用する事業場）におきましては、産業医と緊密な連携をとられ健康診断実施にあたっての指示を受ける等遺漏のないようお願い申し上げます。

健康診断実施時期 令和7年10月～令和8年3月（予定）

申 込 先 ・ 方 法 ・ 期 日

一般社団法人 諏 訪 労 働 基 準 協 会

〒394-0021 岡谷市郷田1-4-11 岡谷商工会館3階301号室

TEL : 0266-22-2032 FAX : 0266-22-2067

★申込方法

定期健康診断・生活習慣病予防健診と特殊健康診断は、別添のそれぞれ別々の申込書により申し込んでください。

（電話による申し込みは、受付いたしませんのでご協力ください。また、FAXをご利用いただいても結構ですが、可能の限り郵送にてお申し込みくださるようご協力ください。）

産業医選任事業場は、健康診断実施について産業医の指示を受け承諾を得たうえ、申込書に産業医名を記名してお申し込みください。

★申込期日：令和7年6月25日（水）頃

その他

- ① 令和2年度より、サービスの一環として一般定期健康診断・生活習慣病予防健康診断の貧血検査（血液）について、白血球数とヘマトクリット値の項目を無料で追加することになりましたので、宜しく願い申し上げます。
- ② 健診実施の日程については、申込書により日程の確認、調整を行い、決まり次第各事業場に健診機関（日本健診財団）から連絡いたします。 日程確定後に受診人員の変更、日程の変更等がありましたら、健診実施機関（一般財団法人日本健診財団 ☎0266-41-0101）へ連絡してください。
- ③ 受診者の定期健康診断受診票は、事前に作成いたします。受診日確定後、健診機関より名簿提出の依頼がありますので、ご協力をお願い致します。
お送りした受診票は、中面の問診票を必ず記入し、健康診断時に持参してください。
- ④ 事業者は健康診断を実施した時は、遅滞なく所轄の労働基準監督署へ結果報告書（労働安全衛生規則第52条規定の様式第6号）を提出する義務があります。
定期健康診断・特定業務従事者健康診断については、常時50人以上の労働者を使用する事業場だけが報告対象です。
特殊健康診断については、規模にかかわらず全ての事業場に報告義務があります。
- ⑤ 申込書に土曜日健診希望という欄がありますが、毎月第一と第三土曜日は健康診断が実施可能です。該当日に実施希望がある場合はご記入下さい。
- ⑥ 健康診断は、1事業場の実施人員が20名以下等少ない場合、適当な駐車場がない場合等は近隣の公共施設の会場に集合していただくこととなりますのでご了承ください。
- ⑦ 労働者50人未満の事業場については、健康診断実施後の事後措置等についての健康相談を、長野県地域産業保健センター（諏訪地区）にて無料で相談に応じております。
お気軽にご相談下さい。
連絡先等はホームページ<https://www.naganos.johas.go.jp>をご参照ください。
- ⑧ 健康診断の実施につきましては、当基準協会、あるいは日本健診財団へお問い合わせください。

その他料金・健康診断料金の支払い

受診票及び健康診断結果の送料 ￥660(消費税込)

健康診断料金は、銀行振込によりお支払いください。

現金でお支払いの場合は、健康診断当日に受付担当にお申し出ください。

健康診断実施機関

一般財団法人 日本健診財団 信州たつの健診プラザ

〒399-0421 上伊那郡辰野町辰野1477-6 TEL 0266-41-0101 FAX 0266-41-4921

メールアドレス：keikaku_nagano@nihonkenshin.jp

- 既往歴及び業務歴の調査
- 自覚症状及び他覚症状の有無の検査
- 身長・体重・視力の検査
- 胸部X線検査及びかくたん検査
- 血圧測定
- 尿検査（尿中の糖及び蛋白の有無の検査）
- 貧血検査（白血球・赤血球・ヘモグロビン・ヘマトクリット値）
- 肝機能検査（AST(GOT)・ALT(GPT)・γ-GTP)
- 血中脂質検査（中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール）
- 心電図検査（安静時心電図検査）
- 聴力検査（1,000Hz・4,000Hz）
- 腹囲測定
- 糖尿病検査（血糖検査・HbA1c（糖化ヘモグロビンエーワンシー））

全員が全項目健診を原則としています。

尚、従来行っていた省略健診については、厚労省局長通達の指示により、産業医等医師の判断があった場合のみ実施が可能となりました。

従って、省略健診の実施を希望する方は、健診実施機関にお問い合わせください。

特定業務従事者健康診断

¥ 9,020(消費税込)

夜勤者等特定業務従事者の健康診断は、6ヶ月以内ごとに1回定期に実施するよう、義務づけられております。

詳細につきましては、労働安全衛生規則第45条をご覧ください。

★生活習慣病予防健診

(消費税込)

年齢制限はなく、どなたでもお申込みいただけます。前頁「定期健康診断A」の項目を充足しています。

検査内容	生活Aコース	生活Bコース	生活Cコース	生活Dコース
診察・問診	○	○	○	○
身長・体重・BMI・標準体重	○	○	○	○
尿検査(糖・蛋白・潜血・ウロビリノーゲン)	○	○	○	○
視力(遠視力5m)	○	○	○	○
聴力(オーディオメーター使用1000Hz、4000Hz)	○	○	○	○
血圧	○	○	○	○
腹囲	○	○	○	○
心電図(12誘導)	○	○	○	○
胸部X線(デジタル撮影)	○	○	○	○
胃部X線(デジタル撮影・8枚)	○	○	○	○
便潜血2日法	○	○	○	○
眼底(両眼撮影)	○	○	○	○
赤血球/ヘモグロビン	○	○	○	○
HDLコレステロール/LDLコレステロール/中性脂肪	○	○	○	○
AST(GOT)/ALT(GPT)/ γ -GTP	○	○	○	○
血糖	○	○	○	○
HbA1c	○	○	○	○
白血球/ヘマトクリット	○	○	○	○
血小板		○	○	○
総ビリルビン		○	○	○
尿酸		○	○	○
総蛋白		○	○	○
CRP		○	○	○
LDH		○	○	○
尿素窒素		○	○	○
ALP		○	○	○
A/G比			○	○
Fe			○	○
コリンエステラーゼ			○	○
赤血球恒数			○	○
クレアチニン			○	○
アルブミン			○	○
総コレステロール				○
RF				○
HbsAg				○
血清アマラーゼ				○
血液項目数	12	20	26	30
料金	¥17,600	¥18,040	¥18,260	¥19,140

★オプション検査

(消費税込)

大腸がん(便潜血2日法)	¥1,650	
眼底検査(判定料含む)	¥1,650	
心臓疾患(NP-proBNP)	¥3,300	
C型肝炎検査(HCV抗体)	¥2,200	
胃がん(ABC検診)	¥5,500	
骨粗鬆症(骨密度)検査(*)	¥3,300	(*) 20名以上の申し込みで受診可
超音波(腹部五臓器) (*)	¥5,830	
腫瘍マーカー検査 ↓血液の中からがん細胞がつくる物質を検出する検査です。		
男性3項目セット	CEA(大腸がん) CA19-9(膵臓がん) PSA(前立腺がん)	¥6,380
男性5項目セット	CEA(大腸がん) CA19-9(膵臓がん) PSA(前立腺がん)	¥9,900
	SCC(食道がん) AFP(肝臓がん)	
女性3項目セット	CEA(大腸がん) CA19-9(膵臓がん) CA125(卵巣がん)	¥6,380
女性5項目セット	CEA(大腸がん) CA19-9(膵臓がん) CA125(卵巣がん)	¥9,900
	SCC(食道がん) AFP(肝臓がん)	

特殊健康診断 料金表 (消費税込)

(歯科医師による歯の検査を除く健康診断とする)

I 法令に基づく特殊健康診断(抜粋)

有害要因・物質	料金(円)
電 離 放 射 線	3,300
有 機 溶 剤	別表
じ ん 肺	4,620
鉛 及 び そ の 合 金 化 合 物	別表
高 気 圧	5,610
石 綿	4,620

(特定化学物質 つづき)

有害要因・物質	料金(円)
1・4- ジ オ キ サ ン	4,180
1・2- ジ ク ロ ロ エ タ ン	4,180
1・1・2・2- テ ト ラ ク ロ ロ エ タ ン	4,180
ジ ク ロ ロ メ タ ン	4,400
ス チ レ ン	14,080
テ ト ラ ク ロ ロ エ チ レ ン	7,480
ト リ ク ロ ロ エ チ レ ン	7,480
メ チ ル イ ソ ブ チ ル ケ ト ン	2,750
ナ フ タ レ ン	2,750
リ フ ラ ク ト リ ー セ ラ ミ ッ ク フ ァ イ バ ー	4,620
三 酸 化 ニ ア ン チ モ ン	2,420
溶 接 ビ ュ ー ム	2,750

特定化学物質等障害予防規則に基づく
特殊健康診断(抜粋)

有害要因・物質	料金(円)
塩 素 化 ビ フェ ニ ル (P . C . B)	2,420
ア ク リ ル ア ミ ド	2,420
塩 素	2,420
ク ロ ム 酸 及 び そ の 塩	*2,420
コ ー ル タ ー ル (5 %)	*2,420
シ アン 化 カ リ ウ ム (5 %)、シ アン 化 水 素、シ アン 化 ナ ト リ ウ ム (5 %)	2,420
水 銀 また は そ の 無 機 化 合 物 (硫 化 水 銀 を 除 く)	2,750
ト リ レ ン ジ イ ソ シ ア ネ ー ト	2,420
ニ ッ ケ ル カ ル ボ ニ ル	*2,420
砒 素 また は そ の 化 合 物 (アル シ ン 及 び 砒 化 カ リ ウ ム を 除 く)	*2,420
弗 化 水 素	2,420
ベ ン ゼ ン	3,300
マン ガ ン また は そ の 化 合 物 (塩 基 性 酸 化 マ ン ガ ン を 除 く)	2,750
硫 化 水 素	2,420
ニ ッ ケ ル 化 合 物 (粉 状 の 物 に 限 る)	2,420
イ ン ジ ウ ム 化 合 物	*16,500
エ チ ル ベ ン ゼ ン	6,050
コ バ ル ト また は そ の 無 機 化 合 物	2,420
ク ロ ロ ホ ル ム	4,180

(右上へつづく)

★マスクフィットテスト

巡回健診測定パック(10名以上) (基本料金15,000+測定料金8,000×人数)	104,500 (10名の場合)
機器レンタル測定パック(送料別途) (機材貸出14,000+消耗品料金500×人数)	15,950 (1名の場合)

*詳細はお問い合わせください。

II 行政指導による特殊健康診断(抜粋)

有害要因・物質	料金(円)
紫 外 線 ・ 赤 外 線	2,750
騒 音	2,970
超 音 波 溶 着 機	2,970
チ ェ ン ソ ー	7,700
チ ェ ン ソ ー 以 外 の 振 動 工 具 (さ く 岩 機 ・ チ ッ ピ ン グ ハ ン マ ー ・ ス イ ン グ グ ラ イ ン ダ ー)	7,700
引 金 付 工 具	4,400
情 報 機 器 (旧 V D T) 作 業	実 費
レ ー ザ ー 光 線	4,400

- (注) ①料金欄*印→胸部X線撮影を必要とする場合 2,200円(税込)が加算されます。
 ②塩素・弗化水素・酸類等、歯科医師による歯の検査を除く健診料金です。
 ③第一次健康診断で医師が必要と認める検査を実施した場合及び第二次健康診断は実費を申し受けます。
 ④表に記載のないものにつきましては、お問い合わせ下さい。

I 法令に基づく特殊健康診断(別表)

有機溶剤 健康診断 料金表 (消費税込)

1. 基本項目 2,750円

業務歴・既往歴・作業条件の簡易な調査・自覚症状
(法改正に伴い、2020年7月より尿中蛋白の有無の検査はなくなりました)

2. 指定の有機溶剤による検査項目料金

有機溶剤の種類 (以下成分の1成分あたりの検査料)	基本項目 2,750円	代謝物 3,300円	肝機能 1,430円	貧血 330円	眼底 2,200円
キシレン、トルエン、1・1・1トリクロロエタン、 ノルマルヘキサン	○	○			
N・N-ジメチルホルムアミド	○	○	○		
クロルベンゼン、オルト-ジクロロベンゼン、 1・2-ジクロロエチレン、クレゾール	○		○		
エチレングリコールモノエチルエーテル エチレングリコールモノエチルエーテルアセテート エチレングリコールモノノルマルブチルエーテル エチレングリコールモノメチルエーテル	○			○	
二硫化炭素	○				○

医師が必要と認める検査を実施した場合は実費を申し受けます。

鉛 健康診断 料金表 (消費税込)

1. 基本項目 8,580円

業務歴・既往歴・作業条件の簡易な調査・自覚症状、血液中の鉛の量(※)
尿中のデルタアミノレブリン酸の量(※)
(※) 前回の健康診断に受診していて、かつ、医師が必要でないとする場合は省略可

2. 医師が必要と認める場合に実施する検査項目 料金

貧血検査(血色素量、赤血球数) 330円
赤血球中のプロトポルフィリンの量の検査 3,300円

全項目実施の場合は、12,210円となります。

定期健康診断・生活習慣病 健診申込書

事業所名 <small>カナ</small> _____	ご担当者名 事業主名 (職名) (印)
所在地 〒 _____	
TEL _____	FAX _____
ご担当者様等 メールアドレス _____	
産業医 医療機関名 _____	産業医氏名 _____
産業分類(どんな仕事をしているか、具体的にお書き下さい。)	
健診希望時期 月 上・中・下旬 / 時間帯: 午前・午後	

★受診人数を記入して下さい。

健診の種類 (金額は消費税込)	男	女	計	オプション検査 (4頁参照)	人数
定健健康診断 ¥9,020					
生活習慣病Aコース ¥17,600					
生活習慣病Bコース ¥18,040					
生活習慣病Cコース ¥18,260					
生活習慣病Dコース ¥19,140					
特定業務従事者健診 (注)				注 定期健康診断Aと同じ項目となります。	
●全国健康保険協会「協会けんぽ」					

※産業医等医師の判断がある場合のみ申込可能

○健診可能土曜日 有 ・ 無 / 全土曜日可 ・ 第 () 土曜日可 ・ 第 () 土曜日可

○不都合な曜日等

○派遣会社受診希望 有 ・ 無 ○健診車(2台)駐車 可能 ・ 不可能

その他希望事項

備考

事業所付近の略図	上記の通り申し込みます。 令和 年 月 日 一般社団法人 諏訪労働基準協会 御中 FAX 0266-22-2067
----------	--

☆労働者50人未満で産業医を選任していない事業場は、産業医の氏名等欄は必要ありません。

☆支店・営業所・工場等所在地が異なる場合は、所在地区分毎にコピーして作成して提出して下さい。

☆定期健康診断における胸部X線検査の省略のご連絡がない事業所様は、胸部X線検査を実施致します。

特殊健康診断申込書

事業所名 <small>カナ</small> _____	ご担当者名 事業主名 (職名) ㊟
所在地 〒 _____	
TEL	FAX
ご担当者様等 メールアドレス	
産業医 医療機関名	産業医氏名
産業分類 (どんな仕事をしているか、具体的にお書き下さい。)	
健診希望時期 月 上 ・ 中 ・ 下旬 / 時間帯：午前 ・ 午後	

健康診断の種別	受診人数	健康診断の種別	受診人数

★有機溶剤については、使用する有機溶剤の種類別に受診人数を記入して下さい。

○土曜日健診希望 有 ・ 無 / 第1土曜日可 ・ 第3土曜日可

○不都合な曜日等

○派遣会社受診希望 有 ・ 無 ○健診車(2台)駐車 可能 ・ 不可能

その他希望事項

備考

事業所付近の略図	上記の通り申し込みます。 令和 年 月 日 一般社団法人 諏訪労働基準協会 御中 FAX 0266-22-2067
----------	---

☆労働者50人未満で産業医を選任していない事業場は、産業医の氏名等欄は必要ありません。

☆支店・営業所・工場等所在地が異なる場合は、所在地区毎にコピーして作成して提出して下さい。

ストレスチェック実施にあたって

(一財) 日本健診財団 信州たつの健診プラザ

(一社) 諏訪労働基準協会

2015年12月1日より、労働安全衛生法第66条の10により労働者の心理的負荷の程度を把握するための検査、すなわちストレスチェックが導入され、常時50人以上を使用する事業者にその実施が義務づけられています。

ストレスチェック実施にあたり、2020年度より以下の要件が整っていることがお引き受け条件となりますので、ご確認・ご了承いただきました上でお申込みをお願い致します。

- ① 実施者が産業医となっている
- ② 安全衛生委員会が開かれてストレスチェックの内容や意義が全社内に周知されている
- ③ 実施事務従事者が選任されている
- ④ 定期健康診断と同時実施する
(定期健康診断実施日にチェックシートを提出できない場合は、実施後7日以内の提出をお願いします)
- ⑤ 高ストレス評価については、「高ストレス点数を使用しての評価」を原則とする
- ⑥ 職場分析について、10名未満の職場については原則分析対象外とする

なお、実施が努力義務となっている労働者50人未満の事業所につきましては、ストレスチェック制度としての実施ではなく、「セルフチェック」として実施し、個人結果のみを提供致します(上に記載した①~③は適用外とし、実施をお引き受け可能です)。

お問い合わせ：一般財団法人 日本健診財団 信州たつの健診プラザ 渉外課
TEL 0266-41-0101/FAX 0266-41-4921

ご提出先：一般社団法人 諏訪労働基準協会
〒394-0021 岡谷市郷田 1-4-11
TEL 0266-22-2032/FAX 0265-22-2067

申込日：令和 年 月 日

ストレスチェックサービス申込書（2026年度）

事業所名	
事業所住所	〒 -

申込ご担当者

氏名	
所属部署	
連絡先	TEL : _____ FAX : _____ e-mail : _____

申込内容

利用項目	単価（税込）	申込数
ストレスチェック(57項目版)	1名につき 660円	名
職場分析	1分析につき 2,640円	分析
ストレスチェック(80項目版)	1名につき 660円	名
職場分析	1分析につき 7,920円	分析

注1) チェックシートを発行した方で未分析者(未提出者)は事務手数料として110円(税込)申し受けます。また、白紙での提出者は白紙意思回答とみなし、昨年比のデータ含め分析にかかり660円(税込)申し受けますのでご了承の程お願い致します。

注2) 職場分析について、会社全体の分析も1分析とカウント致します。申込数に加算してお申込下さい。

注3) 分析する職場名については後日名簿等でご明示下さい。

職場分析については、10名未満の職場については原則対象外となります。

定期健康診断と同時実施が原則となりますが、同時実施ができない場合等のご相談下さい。打ち合わせの上スケジュールを決めさせていただきます。

注4) 職場分析について、57項目版と80項目版を入れ替えての分析はできません。

(例:個人は80項目版で回答し、総合分析は57項目版で出力することは不可)