

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、春（4月～9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11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8年春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

仲秋の候、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いますが、今回は令和8年春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8年4月～令和8年9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

T E L : 0266-22-2032 F A X : 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、 possible 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11月25日（火）頃

その他

- ① 今年度より、一般定期健康診断の貧血検査は赤血球・ヘモグロビンの2項目となります。
- 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30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で専門医師が無料で相談に応じております。お気軽にご相談ください。
- ⑧ ご不明な点がございましたらお問い合わせください。

健康診断料金の支払い

健康診断料金は、銀行振込によりお支払いください。

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（赤血球・ヘモグロビン）

●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））

特定業務従事者健康診断

¥ 9,680(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。

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・尿潜血)

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) ALP

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・

総コレステロール・nonHDLコレステロール)

腎機能検査(クレアチニン・尿酸・eGFR)

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))

胃部エックス線検査

大腸がん(便潜血2日法)

★オプション検査

(消費税込)

大腸がん(便潜血2日法)	¥ 1,760
心臓疾患(NP-proBNP)	¥ 2,750
C型肝炎検査(HCV抗体)	¥ 2,200
胃がん(ABC検診)	¥ 3,300
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。	
男性目セット	PSA(前立腺がん) CEA(大腸がん) AFP(肝臓がん)
	CA19-9(膵臓がん)
女性セット	CA153(乳がん) CA125(卵巣がん) CEA(大腸がん)
	AFP(肝臓がん) CA19-9(膵臓がん)

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・自他覚症状

(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トリクロルエタン、 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-ジクロルベンゼン、 1・2-ジクロルエチレン、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・自他覚症状、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認める場合は省略可

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。

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)

(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 ヒ ユ ー ム	2,750

★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。

定期健康診断・生活習慣病 健診申込書

事業所名 カナ	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
定期健康診断 ￥9,680					
生活習慣病 ￥18,865					
協会けんぽ生活習慣病					
健康保険組合生活習慣病					
特定業務従事者健診(注)				② 定期健康診断と同じ項目となります。	

○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 カナ	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		

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、所在地区分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 0266-22-2067

申込日：令和 年 月 日

ストレスチェックサービス申込書（令和8年度）

事業所名	印
事業所住所	〒 ー

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	1申込につき 880円	名
職場分析	1分析につき 2,970円	分析

注1) 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880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はこちらでご相談下さい。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。