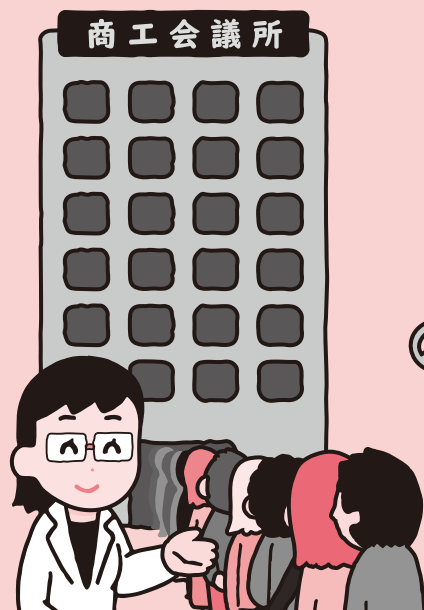




集団健診 のご案内



会員の皆様を対象に集団健診とインフルエンザ予防接種を実施します。
法的義務である年1回の健康診断や健康経営の推進にご利用ください。
健康診断・予防接種いずれかのための申し込みも可能です。

定員
80名

12/2 火

生活習慣病予防健診
[当日の胃部バリウム検査あり]

委託先 鹿児島県民総合保健センター

12/2の胃部検査

胃部バリウム検査は、当日会場のレントゲン車で受診できます。
胃カメラは、生活習慣病予防健診と合わせて、県民総合保健センター院内での受診となります。
別途受診希望日をお知らせください。

定員
240名

12/3 水

法定健診

生活習慣病予防健診
[会場での胃部検査はありません]

インフルエンザ予防接種

委託先 キラメキテラスヘルスケアホスピタル

12/3 or 4の胃部検査

生活習慣病予防健診の胃部検査は、キラメキテラスヘルスケアホスピタル院内での受診となります。
別途受診希望日をご選択ください。また、胃カメラに変更する場合は3,500円の追加費用が掛かります。

定員
240名

12/4 木

法定健診

生活習慣病予防健診
[会場での胃部検査はありません]

インフルエンザ予防接種

委託先 キラメキテラスヘルスケアホスピタル

場所

鹿児島商工会議所ビル4階
アイムホール [東千石町1-38]

時間

9時～12時30分
※開始時刻から30分間隔で30名ずつご案内します。

価格
(税込)

法定健診 6,600円
生活習慣病予防健診 5,282円
インフルエンザ予防接種 4,200円

オプション健診を
ご希望の方は
ご相談下さい。



法定健診	会員事業所の事業主や役員、従業員 医師の診察、身体計測、視力、聴力、胸部X線、血圧、肝機能、血中脂質、血糖検査、尿検査、心電図
生活習慣病予防健診	協会けんぽの被保険者で35歳～74歳の方 法定健診の項目+胃部X線(バリウム)+便潜血反応検査
インフルエンザ予防接種	会員事業所の事業主や役員、従業員

申込方法



FAX・Mail

裏面の申込書に必要事項をご記入の上、鹿児島商工会議所へFAXかMailでお申し込みください。複数名の申し込みがある場合には、当商工会議所のホームページにある「申込書(EXCEL)」をご利用ください。



ホームページ



Web

当商工会議所のホームページにある申込フォームからご入力ください。



申込フォーム

鹿児島商工会議所の
生命共済加入特典

鹿児島商工会議所の生命共済制度(引受会社: アクサ生命保険(株))の加入者が、集団健診・病院健診を利用した場合には1人1,000円を助成します。

集団健診の日程にご都合が合わない方は、以下の健診機関にてご希望の日程で受診できます。

いづろ今村病院

[鹿児島市堀江町17-1]

法定健診 生活習慣病予防健診 人間ドック

1～5月の間に会員料金で受診可

TEL: 099-226-5066

キラメキテラスヘルスケアホスピタル

[鹿児島市高麗町43-30]

法定健診 生活習慣病予防健診 人間ドック

年間を通して受診可

TEL: 099-250-5600

南風病院

[鹿児島市長田町14-3]

法定健診 生活習慣病予防健診 人間ドック

年間を通して受診可

TEL: 0120-332-411

令和7年度 鹿児島商工会議所 集団健診申込書

《 申 込 先 》

鹿児島商工会議所へ申し込み

OFAXかMailで申込書を送付
FAX:099-227-1977 Mail:kigyoushien@sage.ocn.ne.jp
○後日、当商工会議所から受診日時をお知らせします

健診機関から連絡

○問診票
○請求書

※複数名のお申し込みがある場合には、当商工会議所ホームページの「申込書 (EXCEL)」をご利用ください。
※以下、全ての事項を、ご記入または○にてご選択ください。

《 申 込 事 業 所 》

フリガナ	T E L	-
事業所名	ご担当者名	
所在地	健 保 記 号 (左 づ め)	※生活習慣病予防健診をご希望する場合に限り、 全国健康保険協会の保険証の 赤枠① の番号を記入

《 申 込 者 一 覧 》

法定健診

※前日の夜9時までにお食事をお済ませください。

受診者名	性別	生年月日	希望日時		予防接種 (希望者は、☑を記入)
			3日	4日	
フリガナ	男・女	S・H 年 月 日	9時 10時 11時 12時	9時 10時 11時 12時	☐ 希望する
フリガナ	男・女	S・H 年 月 日	9時 10時 11時 12時	9時 10時 11時 12時	☐ 希望する
フリガナ	男・女	S・H 年 月 日	9時 10時 11時 12時	9時 10時 11時 12時	☐ 希望する

健康保険 本人(被保険者) 00000
被保険者証 令和〇年〇月〇日交付
① 記号 12345678 番号 9999 ②
氏名 会 員 所 太 郎
生年月日 昭和〇年〇月〇日
性別 男
資格取得年月日 平成〇年〇月〇日
事業所名称 〇〇株式会社
保険者番号 〇〇〇〇〇〇〇〇
保険者名称 全国健康保険協会
保険者所在地 〇〇市〇〇区〇〇〇
印

×保険者番号とお間違えの
無いようお願い致します。

生活習慣病予防健診

※前日の夜9時までにお食事をお済ませください。

受診者名	性別	生年月日	希望日時			健保番号(左づめ) ※全国健康保険協会の保険証の 赤枠②の番号を記入	予防接種 (希望者は、☑を記入)
			2日 当日(バリウム)	3日 (バリウム・胃カメラ)	4日		
フリガナ ①	男・女	S・H 年 月 日	9時 10時 11時 12時	9時 10時 11時 12時	9時 10時 11時 12時		☐ 希望する
フリガナ ②	男・女	S・H 年 月 日	9時 10時 11時 12時	9時 10時 11時 12時	9時 10時 11時 12時		☐ 希望する
フリガナ ③	男・女	S・H 年 月 日	9時 10時 11時 12時	9時 10時 11時 12時	9時 10時 11時 12時		☐ 希望する

インフルエンザ予防接種

受診者名	性別	生年月日	希望日時	
			3日	4日
フリガナ	男・女	S・H 年 月 日	9時 10時 11時 12時	9時 10時 11時 12時
フリガナ	男・女	S・H 年 月 日	9時 10時 11時 12時	9時 10時 11時 12時

※別日の胃カメラ・バリウムを希望する
方は、希望日をご記入ください。委託
先と調整のうえ、ご連絡いたします。

番号	第一希望	第二希望	バリウム 胃カメラ
①	月 日	月 日	バ・胃
②	月 日	月 日	バ・胃
③	月 日	月 日	バ・胃

追加健診の記入欄

※胃カメラや血液検査など、その他
希望する検査をご記入ください。

問い合わせ
申込送付先

鹿児島商工会議所 企業支援課 [鹿児島市東千石町1-38]

TEL:099-225-9522

Email kigyoushien@sage.ocn.ne.jp

鹿児島商工会議所 健康診断

検索

HP http://www.kagoshima-cci.or.jp/?p=51



(注意事項) ○ 問診票は、実施日の1週間前ごろに健診機関より案内し、請求書は、健診受診後に健診機関より送付いたします。
○ 鹿児島商工会議所は、健診内容、健診結果について責任を負いませんので、各健診機関へお問い合わせください。
○ 当商工会議所ビル地下2階駐車場には限りがありますので、お車でお越しの方は、近隣の有料駐車場をご利用ください。