

# 健診のご案内

青色申告会では、会員の皆様とご家族の方を対象に、松山市保健所のご協力をいただき、みなさまの健康の保持・増進のため、今年度も総合的な健診を実施いたします。

是非この機会にご自身の健康状態をチェックしてみたいはいかがでしょうか？

【実施日】 平成30年 8月～10月（裏面のとおり）

【実施会場】 松山市保健所（萱町6丁目30-5）

【お申込み先】 松山青色申告会 事務局

（松山市 大手町 2丁目5-7）

TEL: 941-7711 FAX: 947-4251

※ご不明な点がございましたら、お問い合わせください。



【お申込み方法】 別紙「健診受診申込書」に必要事項をご記入のうえ、ご持参または郵送にて、松山青色申告会 事務局までお申込みください。

【代金お支払い方法】 健診受診日に、現金にてお支払いをお願いいたします。

【対象者】 松山青色申告会の会員事業者の事業主とそのご家族  
（松山市内に住民票上の住所を有する方に限ります）

## 【健診の種類】

健(検)診名	健(検)診内容	対象年齢	通常料金	青色申告会 会員料金	受診間隔
① 特定健康診査	診察・身体計測・血圧測定・血液検査 尿検査・心電図・貧血検査など	40～74歳 〔国民健康 保険 加入者〕	無料	—	年度に1回
② 胃がん検診	胃部X線撮影(バリウム)	50歳以上	1,000円	500円	
③ 肺がん検診	胸部X線撮影(デジタル撮影)	40歳以上	800円	400円	
④ 大腸がん検診	便潜血反応検査(2日法)	40歳以上	500円	200円	
⑤ 前立腺がん検診	PSA(前立腺特異抗原)検査(血液検査)	50歳以上	700円	300円	
⑥ 乳がん検診	マンモグラフィ(2方向撮影)	40歳以上	1,200円	600円	2年に1回
⑦ 子宮頸がん検診	頸部検診(視診・細胞診・内診)	20歳以上	800円	400円	

※ 40～74歳の松山市国民健康保険加入者は、同日に「①特定健康診査」と、②～⑦のがん検診の受診が可能です。

5月下旬、松山市より、特定健康診査の「受診券」が送られていますので、当日ご持参ください。

※ 松山市の国民健康保険加入者以外の方も、上記②～⑦のがん検診は、受診可能です。

会員事業者の事業主とそのご家族に限り、「青色申告会会員料金」で受診できます。

※「後期高齢者医療加入者」は、同日に「後期高齢者健診」を無料で受診することができます。

詳細は、松山青色申告会 事務局までお問い合わせください。

## 【 健診実施日 】

は託児付き女性専用日(レディースデー)  
 は託児付き健診日

月	健 診 日						申込締切日
8月	1日(水)	8日(水)	22日(水)	29日(水)			7月 9日(月)
9月	9日(日)	12日(水)	19日(水)	26日(水)	30日(日)		8月 8日(水)
10月	3日(水)	10日(水)	17日(水)	21日(日)	24日(水)	31日(水)	9月 7日(金)

健診受付時間 8:30~11:00      子宮頸がん受付時間 8:30~10:00

※ 健診は**予約制**です。申込締切日までにお申込みください。

※ 受診希望の方が多数の場合は、ご希望の日程で受診できない場合がございますので、あらかじめご了承ください。

## 【 お申込みから受診までの流れ 】

- 1 別紙「**健診受診申込書**」を松山青色申告会事務局までご持参または郵送にてご提出ください。
- 2 愛媛県総合保健協会より、ご指定の送付先住所に**一週間前**に「**受診票**」等が送付されます。  
(保健所での健診は時間予約制です。「受診票」等に記載された指定受付時間に受診してください。)
- 3 健診当日、「**受診票**」等をご持参のうえ、料金をお支払いいただきます。
- 4 愛媛県総合保健協会より、ご指定の送付先住所に「**検査結果**」が送付されます。

## 【 健診 実施会場 】

松山市保健所      健康づくり推進課      健診担当

〒790-0813

松山市 萱町 六丁目 30-5

TEL:089-911-1819

FAX:089-925-0230



※ 松山市より送られた、特定健康診査の「**受診券**」を紛失された場合は再発行が可能ですので、松山市保健所までお問い合わせください。

# 健診受診申込書

- 事業主名 \_\_\_\_\_
- 受診票等・検査結果の送付先住所 〒 \_\_\_\_\_
- 電話番号 \_\_\_\_\_
- 保険の種類 松山市国保 協会けんぽ その他( )  
※該当する保険に○をつけてください。

● 受診希望日  はレディースデーです  は託児付きです

8月	1日(水)	8日(水)	22日(水)	29日(水)		
9月	9日(日)	12日(水)	19日(水)	26日(水)	30日(日)	
10月	3日(水)	10日(水)	17日(水)	21日(日)	24日(水)	31日(水)

※希望日に○印をご記入ください。

※受診される項目に○印をご記入ください。

※住所は、「住民票上の住所」をご記入ください。

受診者氏名	受診項目	性別	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
			特定健康診査	胃がん検診	肺がん検診	大腸がん検診	前立腺がん検診	乳がん検診	子宮頸がん検診
フリガナ 氏名 _____ 住所 _____ 生年月日(T・S・H) . . .		男・女							
フリガナ 氏名 _____ 住所 _____ 生年月日(T・S・H) . . .		男・女							
フリガナ 氏名 _____ 住所 _____ 生年月日(T・S・H) . . .		男・女							

※本申込書のご氏名等個人情報は、本健康診断のために利用し、それ以外の目的には利用しません。