

年 月 日

御中

定期健康診断のお願い

拝啓 いつも格別のお引き立てを賜りまことにありがとうございます。

さて、弊社従業員の定期健康診断を実施いただきたく、下記のとおりご連絡いたします。
ご対応のほど、よろしくお願い申し上げます。

敬具

記

1. 検査項目 ⇒ 別紙検査項目表をご参照ください

注) 労働安全衛生法に基づく、1年以内ごとに1回の定期健康診断（法定健診）です

2. 健診日 ⇒ 別途予約連絡いたします

3. 健診結果通知書 ⇒ 各二部（本人用と事業所用）発行してください

注1) 事業所用は、個人別が難しい場合、一覧表でも結構です

注2) 必要に応じ、当社所定の受診票を持参いたします

4. 健診費用 ⇒ 下記あてご請求ください

注1) 上記1. 以外のオプションは個人負担になります

注2) 一括請求ができない場合は、お支払方法を相談させていただきます

<健診結果・請求書送付先>

事業所名：

住 所：

TEL：（ ） — 担当者名：

株式会社キタムラ

定期健康診断検査項目表

検査項目		年齢（健診対象年度末時点）	
		40歳未満 ※ただし、35歳を除く	35歳と40歳以上
身体	計測（身長、体重、BMI、腹囲）	○	○
血圧	血圧測定	○	○
診察	既往歴・業務歴	○	○
	問診	○	○
	自覚症状及び他覚症状の有無の検査	○	○
視力	視力検査	○	○
聴力	聴力検査（オーディオメーター）	○	○
血液一般	血色素量（ヘモグロビン[Hb]）	△	○
	赤血球数（RBC）	△	○
肝機能	AST（GOT）	△	○
	ALT（GPT）	△	○
	γ-GT（γ-GTP）	△	○
血中脂質 検査	中性脂肪（血清トリグリセライド）	△	○
	HDLコレステロール	△	○
	LDLコレステロール	△	○
血糖検査	空腹時血糖又は随時血糖	△	○
	HbA1c	△	○
腎機能	血清クレアチニン	△	△
尿検査	尿糖	○	○
	尿たんぱく	○	○
心電図	心電図検査	△	○
胸部	胸部X線撮影 ※1年に1回で可	△	○
	（喀痰検査）	△	△

注1）△は、医師が必要ないと認めるときに省略できる項目です（労働安全衛生規則第44条第2項）

注2）上記以外のオプション検査は、全額個人負担となります

キタムラ健康保険組合

〒780-0823 高知市菜園場町1-21 四国総合ビル5F
電話：088-804-3038 FAX：088-804-3039

(2022年12月)