

## 2023 年度

## 豊島健康診査センター健康診断補助のご案内

## 補助対象

会員である従業員に対して定期健康診断を実施している事業主の方

※「フレンドリー健康診断・自費検査」又は「協会けんぽ生活習慣病予防健診一般健診」を会員料金で受診できるのは、1会員につき年度どちらか1回限りです。

※事業所が健康診断の受診費用を全額負担する場合があります。

※豊島健康診査センターで実施する事業所の健康診断が補助の対象です。  
事業所で一括してお申込みください。

※一人で受診される場合も、必ず事業所の健康診断である旨を伝えて、お申込みください。健康診断結果は、事業所宛にお送りします。

会員本人が、個人的に健康診断を豊島健康診査センターへお申込みになった場合は、補助対象となりませんのでご注意ください。

※事業主、従業員の方で、フレンドリーげんきに入会していない方は、一般料金での受診となります。

## 健康診断の種類

## 1. フレンドリー健康診断・自費検査

## フレンドリー健康診断

1. 補助額 会員1名につき 1,500円

※一般料金から 1,500円引きの下記の会員料金で受診できます。

(2023年4月1日現在 消費税込)

フレンドリー健康診断	会員料金	一般料金
Aコース(検査項目No.1～7を実施)	4,800円	6,300円
Bコース(検査項目No.1～11を実施)	6,670円	8,170円
Cコース(検査項目No.1～13を実施)	8,540円	10,040円
Dコース(検査項目No.1～14を実施)	17,340円	18,840円

※検査項目は2ページをご覧ください。

## 2. 検査項目

フレンドリー健康診断の各コースの検査項目は、下記のとおりです。

- ◇ AコースはNo.1～7を実施します。定期健康診断で基本的に必要とされる検査項目です。
- ◇ BコースはNo.1～11を実施します。
- ◇ CコースはNo.1～13を実施します。35歳及び40歳以上の方を対象とした定期健康診断に必要とされる検査項目です。
- ◇ DコースはNo.1～14を実施します。

No.	検査項目	内 容
1	診 察	問診 既往歴 自覚・他覚症状
2	身体計測	身長 体重 BMI
3	血圧測定	血圧
4	視力測定	視力 (コンタクトレンズをご使用の方は、レンズを外していただく場合もございますので保存容器をご持参ください。)
5	聴力測定	オーディオメーター1000Hz・4000Hz
6	胸部X線検査	デジタル撮影
7	尿 検 査	糖 蛋白 潜血
8	肝機能検査	AST (GOT) ALT (GPT) $\gamma$ -GTP
9	脂質検査	HDLコレステロール 中性脂肪 LDLコレステロール
10	糖 代 謝	空腹時血糖
11	血液一般検査	白血球数 赤血球数 ヘモグロビン ヘマトクリット 血小板数
12	心電図検査	安静時12誘導
13	腹 囲 測 定	腹囲
14	胃部X線検査	バリウム検査

※検査内容の詳細は、豊島健康診査センターへお問い合わせください。

### 自費検査

フレンドリー健康診断の受診時に自費検査をオプションとして受診する場合には、さらに自費検査補助も合わせて受けられます。検査項目は3ページをご覧ください。

1. 補助額 会員1名につき 上限1,500円

※自費検査料金の合計額から1,500円引きになります。

ただし、自費検査料金が1,500円に満たない場合、補助額はその検査料金となります。

## 2. 検査項目及び料金

自費検査の検査項目は、下記のとおりです。

(2023年4月1日現在 消費税込)

No.	検査項目	内容	一般料金
1	頭部MRI検査	無症候性脳梗塞、脳出血、脳腫瘍 脳萎縮、硬膜下血腫、脳動脈瘤等	22,000円
2	胸部CT検査	肺腫瘍、肺結核、肺気腫、肺炎 冠動脈石灰化、胸部大動脈瘤等	19,800円
3	上腹部CT検査	脂肪肝、脾結石、胆のう結石 腎結石、腎のう胞等	19,800円
4	内臓脂肪測定 (ファットスキャン)	内臓脂肪	3,850円
5	乳房X線検査 (マンモグラフィー) 撮影検査のみ	乳がん等(女性の技師が撮影します)	6,600円
6	前立腺がん血液検査 (PSA)	前立腺がん等	2,200円
7	大腸がん検査 (ヒトヘモグロビン) 検査2回法	大腸がん等	1,100円

※検査内容の詳細は、豊島健康診査センターへお問い合わせください。

※上記検査は全て「自覚症状」がない方を原則として対象とします。

「自覚症状」がある方は、かかりつけの医師にご相談ください。

### ○ 受診料の一例 ○

フレンドリー健康診断Cコース(一般料金 10,040円)と  
自費検査(大腸がん検査/一般料金 1,100円)を受診した場合

フレンドリー健康診断 (Cコース) + 自費検査(大腸がん検査)	会 員 料 金	一 般 料 金
	8,540 円	11,140円

フレンドリー健康診断補助 1,500円  
+ 自費検査補助 1,100円  
= 一般料金から 2,600円引き



## 2. 協会けんぽ生活習慣病予防健診一般健診

35歳以上74歳以下の協会けんぽ被保険者が受診できます。  
付加健診、子宮頸がん検診等は豊島健康診査センターで受診することはできますが、補助の対象ではありません。

1. 補助額 会員1名につき 1,000円

※一般料金から1,000円引きの下記会員料金で受診できます。

※74歳の方は、75歳の誕生日から後期高齢者医療制度の加入者となりますので、誕生日前日までに受診してください。

会員料金 4,282円

一般料金 5,282円

(2023年4月1日現在 消費税等込)

### 2. 検査項目

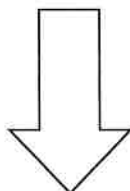
No.	検査項目	内容
1	診察	問診 既往歴 業務歴 自覚・他覚症状
2	身体計測	身長 体重 BMI
3	血圧測定	血圧
4	視力	視力
5	聴力測定	1000Hz ・ 4000Hz
6	胸部X線検査	胸部撮影
7	尿検査	糖 蛋白 潜血
8	肝機能検査	AST (GOT) ALT (GPT) $\gamma$ -GTP
9	脂質検査	HDLコレステロール 中性脂肪 LDLコレステロール
10	糖代謝	空腹時血糖
11	血液一般	白血球数 赤血球数 ヘモグロビン ヘマトクリット
12	心電図検査	12誘導
13	胸囲測定	腹囲
14	胃部X線検査	バリウム検査
15	生化学的検査	総コレステロール アルカリフォスファターゼ 尿酸 クレアチニン
16	便検査	2回法

※検査内容の詳細は、豊島健康診査センターへお問い合わせください。

## 申込方法

◇検査は予約が必要です。電話予約後に9ページの「フレンドリー健康診断・自費検査申込者名簿」または10ページの「協会けんぽ生活習慣病予防健診申込書」を豊島健康診査センターへFAXしてください。

1	<p>下記の必要事項を告げてお電話で豊島健康診査センター（TEL.03-5974-7205）へ直接お申込みください。 豊島健康診査センターより健康診断受診可能日時をお知らせし、手続の方法、受診にあたっての注意事項等をご説明します。</p>
【必要事項】	<ul style="list-style-type: none"><li>① フレンドリーげんき会員事業所であり、会員本人が受診すること</li><li>② 会員料金でフレンドリー健康診断（自費検査をオプションで受診する場合は、その旨も併せて）又は協会けんぽ生活習慣病予防健診を受診すること</li><li>③ 受診希望日時</li><li>④ 受診希望人数</li><li>⑤ 受診希望コース（自費検査を受診する場合は、自費検査の希望項目）</li><li>⑥ 支払方法（受診後、窓口現金支払または後日、銀行振込）</li></ul> <p style="text-align: center;">◇「自費検査」を追加受診する場合は、フレンドリー健康診断と同時に申込みください。 健康診断受診の当日、施設窓口での追加申込みはできません。</p>



2	<p>受診日の予約が取れましたら、9ページの「フレンドリー健康診断・自費検査申込者名簿」または10ページの「協会けんぽ生活習慣病予防健診申込書」に必要事項を記入のうえFAXで豊島健康診査センター（FAX.03-5974-7204）へ送信してください。</p>
	<p>※予約状況等によりご希望に添えない場合があります。 健康診断受診可能日時は、豊島健康診査センターへお早めにお問い合わせください。</p> <p style="text-align: center;">◇申込書にはフレンドリーげんき会員番号を必ずご記入ください。 会員番号の記入がない場合、会員料金での受診が出来なくなります。会員番号がご不明な場合は、フレンドリーげんきへお問い合わせください。 ◇申込書には必ずフリガナをご記入ください。</p>

## 健康診断結果の通知

「フレンドリー健康診断・自費検査」又は「協会けんぽ生活習慣病予防健診」結果の通知は、事業所宛にお送りします。

受診者各個人への結果通知書と事業所保管用通知書を同封しますので、健康管理にお役立てください。

※健康診断受診結果には、プライバシーに関わる個人情報に記載されています。  
事業所保管用通知書の保管場所等お取り扱いの際には、十分なお配慮をお願いします。

### ◆結果についてのご注意◆

健康診断を受診された後、豊島健康診査センターの「医師の説明」や「医療機関への紹介状」を希望される方は、別途 3,300 円（税込）が必要となります。尚、再検査及び精密検査が必要と診断された場合は、かかりつけ医や医療機関でご受診ください。豊島健康診査センターでは受診できません。

## 申込先

◇お問い合わせ・お申込みの際は、フレンドリーげんきの会員であることを必ずお伝えください。

### 医療法人財団 豊島健康診査センター

〒170-0012 東京都豊島区上池袋 2-5-1 健康プラザとしま6階

TEL.03-5974-7205 FAX.03-5974-7204

予約受付／ 月～金：午前8時30分～午後5時  
土：午前8時30分～午後4時

休業日／ 日・祝日・年末年始

H P／ <https://toshima-mc.jp/>



アクセス／ JR山手線・埼京線、地下鉄丸の内線・有楽町線、副都心線、  
西武池袋線、東武東上線 各池袋駅より徒歩8分  
駐車場に余裕がないため、お車でのご来場はなるべくご遠慮ください。

### ◇お問い合わせ◇

一般財団法人東京広域勤労者サービスセンター 【フレンドリーげんき】  
〒170-0004 東京都豊島区北大塚 1-15-10 豊島区東部区民事務所2階  
TEL.03-5961-0520 FAX.03-5961-0522  
営業時間：午前9時～午後5時 休業日：土・日・祝日・年末年始  
※健康診断の内容、結果等については、豊島健康診査センターへお問い合わせください。

※名簿送付先 F A X 番号 03-5974-7204 (豊島健康診査センター 宛)

# フレンドリー 健康診断・自費検査 申込者 名簿 (記入見本)

事業所名 株式会社 フレンドリー

電話番号 03-5961-0520

住 所 豊島区北大塚1-15-10

F A X 番号 03-5961-0522

担当者名 豊島愛子

健診料のお支払い方法をお決め下さい。 1 窓口現金払い 2 銀行振込

支払方法 1 の場合の領収書宛名 1 事業所名 2 受診者名

健診料の支払方法  
及び領収書の宛名等  
を選んで番号に○を  
付けてください。

NO	受診日	受診時間	フレンドリーげんき 会員番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日 S:昭和 H:平成	受診コース	自費検査項目 (オプション名)
1	△月△日	××時	11-000000-000	トシマ タロウ 豊島 太郎	男	××年×月×日	A B C D	大腸癌検査
2	△月△日	××時	11-000000-000	トシマ アイコ 豊島 愛子	女	〇〇年〇月〇日	A B C D	乳房X線検査
3							A B C D	
4							A B C D	
5							A B C D	
6							A B C D	
7							A B C D	
8							A B C D	
9							A B C D	
10							A B C D	
11							A B C D	
12							A B C D	
13							A B C D	
14							A B C D	
15							A B C D	

受診日、受診時間はお客様と豊島健康診査センターとで相談のうえ決定します。ご記入の前に、下記電話番号へお問い合わせください。

会員番号は必ずご記入ください。不明な場合はフレンドリーげんきへお問い合わせください。  
※会員番号の記入がない場合、会員料金での受診が出来ませんのでご注意ください。

氏名欄にはフリガナを必ずご記入ください。

S又はHのどちらか該当に○をしてください。

自費検査を受診する場合は、この欄に受診希望項目をご記入ください。

受診する健康診断のAからDコースのいずれかに○をしてください。

※健康診断の受診日時、必ず事前にお電話 (03-5974-7205) でご相談、ご予約ください。  
※自費検査 (オプション) の受診日時も同様に事前にお電話でご相談ください。

送付先FAX 03-5974-7204 (豊島健康診査センター 宛) (事業所所在地)

協会けんぽ生活習慣病予防健診 申込書 (記入見本)  
(フレンドリーげんき健康診断補助利用)

△年 ○月 ○日

(事業所名称)

〒 170 - 00004  
豊島区北大塚1-15-10  
株式会社フレンドリー

協会けんぽ被保険者証の 保 険 者 番 号 〇〇〇〇〇〇〇〇		協会けんぽ被保険者証 の記号 〇〇 〇〇〇〇		担当者名 豊島 愛子		電話番号 03-5961-0520	FAX番号 03-5961-0522	
No	協会けんぽ 保険証 番号	フレンドリーげんき 会員番号	フリガナ 氏 名	性 別	生年月日	協会けんぽ	受 診 日	備 考
1	〇〇	11-000000-000	トシマ タロウ 豊島 太郎	男・女 S・H	〇年 〇月 〇日	一 健 診	R △年△月△日	
2	〇〇	11-000000-000	トシマ アイコ 豊島 愛子	男・女 S・H	〇年 〇月 〇日	一 健 診	R △年〇月〇日	
3				男・女 S・H		一 健 診	R	受診日はお客様と豊島健康診査センターとで相談のうえ決定します。まず、豊島健康診査センターへお問い合わせください。
4				男・女 S・H		一 健 診	R	
5				男・女 S・H		一 健 診	R	
6				男・女 S・H		一 健 診	R	

氏名欄にはフリガナを必ずご記入ください。

※会員番号は必ずご記入ください。不明な場合はフレンドリーげんきへお問い合わせください。  
※会員番号の記入がない場合は会員料金での受診が出来ませんのでご注意ください。

男又は女のどちらか該当に○をしてください。

S又はHのどちらか該当に○をしてください。

受診日はお客様と豊島健康診査センターとで相談のうえ決定します。まず、豊島健康診査センターへお問い合わせください。



※名簿送付先 F A X 番号 03-5974-7204 (豊島健康診査センター 宛)  
**フレンドリー 健康診断・自費検査 申込者 名簿**

事業所名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
 住 所 \_\_\_\_\_ F A X 番号 \_\_\_\_\_  
 担当者名 \_\_\_\_\_

健診料のお支払い方法をお決め下さい。 1 窓口現金払い 2 銀行振込

支払方法 1 の場合の領収書宛名 1 事業所名 2 受診者名

NO	受診日	受診時間	フレンドリーげんき 会員番号	フリガナ 氏 名	性別	生 年 月 日 S:昭和 H:平成	受診コース	自費検査項目 (オプション名)
1						S	A B C D	
						H		
2						S	A B C D	
						H		
3						S	A B C D	
						H		
4						S	A B C D	
						H		
5						S	A B C D	
						H		
6						S	A B C D	
						H		
7						S	A B C D	
						H		
8						S	A B C D	
						H		
9						S	A B C D	
						H		
10						S	A B C D	
						H		
11						S	A B C D	
						H		
12						S	A B C D	
						H		
13						S	A B C D	
						H		
14						S	A B C D	
						H		
15						S	A B C D	
						H		

※健康診断の受診日時は、必ず事前にお電話 (03-5974-7205) でご相談、ご予約ください。  
 ※自費検査 (オプション) の受診日時も同様に事前にお電話でご相談ください。

送付先FAX 03-5974-7204 (豊島健康診査センター宛)

協会けんぽ生活習慣病予防健診 申込書  
(フレンドリーげんき健康診断補助利用)

〒 \_\_\_\_\_  
(事業所所在地)

\_\_\_\_\_ (事業所名称)

年 月 日

協会けんぽ被保険者証の 保 険 者 番 号	協会けんぽ被保険者証 の記号

担当者名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX番号 \_\_\_\_\_

No	協会けんぽ 保険証 番 号	フレンドリーげんき 会員番号	フリガナ 氏 名	性 別	生年月日	協会けんぽ	受 診 日	備 考
1		11- -		男・女	S・H 年 月 日	一 般 診	R 年 月 日	
2		11- -		男・女	S・H 年 月 日	一 般 診	R 年 月 日	
3		11- -		男・女	S・H 年 月 日	一 般 診	R 年 月 日	
4		11- -		男・女	S・H 年 月 日	一 般 診	R 年 月 日	
5		11- -		男・女	S・H 年 月 日	一 般 診	R 年 月 日	
6		11- -		男・女	S・H 年 月 日	一 般 診	R 年 月 日	