

(写)

東ト協運業発第9号
平成30年4月2日

支 部 長 各 位

一般社団法人 東京都トラック協会
会 長 千 原 武 美

平成30年度「本部集団健診（定期健康診断）」（第1回）の開催について

拝 啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は、当協会の事業運営につきまして、格別なるご支援、ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、当協会では、健康状態に起因する重大な事故を防止するため、例年各支部が主催する集団定期健康診断に係る開催経費等を助成し、会員事業者の健康診断受診を推進しております。

また、25年度より受診率向上対策として、健康診断に係る受診費用の一部助成を実施しているほか、26年度からは更なる受診率向上を図るため、新たに東京都トラック協会本部を会場として、土曜・日曜に集団定期健康診断を開催しております。

つきましては、今年度も引き続き第1回本部健診を下記のとおり開催することとなりましたので、貴支部におかれましては、本事業の趣旨をご理解いただき、円滑に推進できますよう特段のご高配方、お願い申し上げます。

なお、別添の会員あて「開催通知」及び「受診申込書」については、「東ト協ホームページ (<http://www.totokyo.or.jp/>)」への掲載、及び「東京都トラック時報（4月10日号）」に折り込み配布する予定であります。

※第2回の開催につきましては、平成30年11月頃を予定しております。

敬 具

記

【開催日時】 平成30年6月9日（土）、10日（日）

【参加対象】 東ト協会員事業所に在籍するトラック運転者

【開催場所】 （受付）東京都トラック総合会館 7階大会議室（新宿区四谷3-1-8）

※申込方法や受診費用等の詳細は、別添会員あて書面をご参照ください

《問い合わせ先》

東ト協 運行管理部 業務課 永谷（ナガヤ）

TEL 03-3359-6257（直通）

FAX 03-3359-4983

会 員 各 位

一般社団法人 東京都トラック協会
会 長 千 原 武 美

平成30年度「本部集団健診（定期健康診断）」（第1回）の開催について

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、当協会では、トラック運送事業に携わる労働者の定期健康診断の受診が通常時間帯では困難な状況となっていること、また、日頃からトラックドライバーの健康管理を徹底することが、健康状態に起因する重大な事故を未然に防ぐことに繋がることなどから、各支部が主催する集団定期健康診断を推進するとともに、25年度から実施している受診率向上対策の一環として、26年度から東京都トラック協会本部を会場として、集団定期健康診断を開催しております。

つきましては、下記内容で30年度第1回を開催いたしますので、会員各位におかれましては、この機会をご活用され、運転者の疾病予防となる健康管理に積極的にお取り組みいただきますよう、よろしく願いいたします。

なお、第2回の開催につきましては、平成30年11月頃を予定しておりますので、詳細が決まり次第、ご案内させていただきます。

敬 具

記

1. 開催日時（受付時間5部制） ※①～⑤いずれかの枠

平成30年6月9日（土）		平成30年6月10日（日）	
①	8時30分～10時（定員80名）	④	8時30分～10時（定員80名）
②	10時30分～12時（定員80名）	⑤	10時30分～12時（定員80名）
③	13時30分～15時30分（定員80名）		

※会場の混雑緩和のため、申し込みは原則時間帯別とさせていただきます。

上記に記載された時間内に受付へお越しく下さい。

※受付開始直後は混雑するため、時間をずらすと受診しやすくなります。

2. 受診対象者 東ト協会員事業所に在籍するトラック運転者

3. 会 場 【受付】東京都トラック総合会館 7階大会議室
(新宿区四谷3-1-8)

4. 申込み方法

別添「定期健康診断受診申込書（本部健診用）」に必要事項を記載し、5月8日（火）までにFAXにてお申し込みください。

※原則各時間枠毎に先着順とさせていただきます。

※枠に空きがありましたら、申込期間以降も受け付けいたします。

【申込先】（一社）東京都トラック協会 業務課 FAX：03-3359-4983

※受診申込が完了しましたら受付完了通知をお送りします。（申込期間終了後）

5. 健診料金のお支払について

健診実施後、健診機関からの請求によりお支払いください。

6. 健診項目及び金額（労働安全衛生規則第44条に記載される項目等）

- (1) 一般検診（A項目）：2, 200円（消費税込 2, 376円）
【年齢を問わず全ての受診者に共通する基本検診項目6種】（必須項目）
- (イ) 既往歴及び業務歴の調査
 - (ロ) 自覚症状及び他覚症状の有無の検査
 - (ハ) 身長、体重、視力、聴力の検査
 - (ニ) 胸部X線検査
 - (ホ) 血圧の測定
 - (ヘ) 尿検査（尿中の糖及び蛋白の有無の検査）
- (2) 血液検査（B項目）：2, 500円（消費税込 2, 700円）
【一般検診の医師判断で除外できる項目ですが、35歳と40歳以上では必須となる項目9種】
- (イ) 貧血検査(2種)
 - (ロ) 肝機能検査(3種)
 - (ハ) 血中脂質検査(3種)
 - (ニ) 血糖検査(1種)
- (3) 血液検査（B1項目）：700円（消費税込 756円）※オプション項目
【平成29年8月の厚労省通達により平成30年度から実施が推奨されている項目2種】
- (イ) 腎機能検査
 - (ロ) HbA1c検査（血糖検査追加項目）
- ※B1項目の受診には、B項目の受診が必須です。（B1のみの受診は不可）
- (4) 心電図等検査（E項目）：1, 300円（消費税込 1, 404円）
【一般検診の医師判断で除外できる項目ですが、35歳と40歳以上では必須となる項目2種】
- (イ) 心電図検査(1種)
 - (ロ) 腹囲検査(1種)

※平成29年8月、厚労省より血糖検査、貧血検査等（B検診・E検診）の省略は、一律な省略ではなく、個々の労働者ごとに医師が省略の判断を行うよう通達が出されているため、A・B・Eすべての項目の受診を推奨いたします。

- (5) 眼底検査（O項目）：1, 500円（消費税込 1, 620円）※オプション項目
【定期健康診断項目には含まれておりませんが、運転者の交通事故防止等の観点から突発性疾患予防のために追加したオプション項目ですので、受診をお勧めします】

東ト協では健診料金の一部助成を実施しております。（1名1, 000円）
但し、助成には条件がありますので、詳細は東ト協ホームページ等でご確認ください。
助成対象分については、上記健診料金の請求から差し引いて実施します。
例）A・B・E項目受診 → 計6,000円（税込6,480円）－ 1,000円（助成金）⇒ 「税込5,480円」

7. その他

- (1) お申し込みの際し、社内で受診予定者のスケジュールをよく確認し、健診当日に欠席者が出ないように、ご手配方お願いいたします。
また、受診する項目を間違えないように各自注意してください。
- (2) 定員を超える申し込みがあった場合や、1社で多くの申し込みがあった場合には、別枠での受診をお願いする場合があります。
また、募集に対して人数が集まらない場合には中止、あるいは開催時間の変更をさせていただきますので、予めご了承ください。
- (3) その他、各支部でも集団健診を開催する場合がありますので、詳細は所属支部へお問い合わせください。（開催日程・健診料金等）

【問合せ先・受診申込書の送付先】

〒160-0004 東京都新宿区四谷3-1-8
一般社団法人東京都トラック協会 運行管理部 業務課 永谷（ナガヤ）
TEL：03-3359-6257（直通）／ FAX：03-3359-4983

本部健診用

FAX: 03-3359-4983

(東ト協業務課あて)

平成 年 月 日

定期健康診断受診申込書
平成30年度 第1回開催分 (6/9・10)

担当者名	
電話番号	
F A X	

所属支部名	支部
会社名	
住所	(〒 -)

受付 番号	フリガナ		性別	受診 希望枠 (①~⑤) ※別紙参照	希望健診項目 (希望項目に○をつけてください) A項目は全年齢必須 B・E項目は医師の判断により省略可 が、35歳と40歳以上の方は必須 B1・O項目は受診推奨項目	備考
	受診者氏名	受診者 生年月日				
1		昭和・平成 年 月 日			Ⓐ / B / B1 / E / O	
2		昭和・平成 年 月 日			Ⓐ / B / B1 / E / O	
3		昭和・平成 年 月 日			Ⓐ / B / B1 / E / O	
4		昭和・平成 年 月 日			Ⓐ / B / B1 / E / O	
5		昭和・平成 年 月 日			Ⓐ / B / B1 / E / O	
6		昭和・平成 年 月 日			Ⓐ / B / B1 / E / O	
7		昭和・平成 年 月 日			Ⓐ / B / B1 / E / O	
8		昭和・平成 年 月 日			Ⓐ / B / B1 / E / O	
9		昭和・平成 年 月 日			Ⓐ / B / B1 / E / O	
10		昭和・平成 年 月 日			Ⓐ / B / B1 / E / O	
11		昭和・平成 年 月 日			Ⓐ / B / B1 / E / O	
12		昭和・平成 年 月 日			Ⓐ / B / B1 / E / O	
13		昭和・平成 年 月 日			Ⓐ / B / B1 / E / O	
14		昭和・平成 年 月 日			Ⓐ / B / B1 / E / O	
15		昭和・平成 年 月 日			Ⓐ / B / B1 / E / O	

※受診希望枠(希望日・受付時間)の番号及び希望健診項目の詳細は、別紙開催案内を参照してください

※記載人数を超える場合は、本用紙をコピーしてください

(送信枚数 /)