

小牧商工会議所

2026 年度特定業務従事者の健康診断・特殊健康診断のご案内

会員事業所の従業員の方々を対象に「特定業務従事者の健康診断・特殊健康診断」を実施致します。特定業務従事者の健康診断、特殊健康診断は、労働安全衛生法において6か月に1回の実施が義務付けられています。是非ご活用いただきますようご案内申し上げます。

- 受診日時 4月22日（水）受付 13:00～16:15
4月23日（木）受付 8:30～11:45

10月の定期健康診断のように時間予約しないため、初日は13時頃、2日目は8時30分頃は大変混雑します。初日は15時以降、2日目は11時以降であれば、比較的スムーズに受診が可能です。

- 受診会場 小牧商工会議所会館 4階 大会議室

- 申込期間 2月17日（火）～2月20日（金）
(土日・祝日は除く)
9:00～12:00 13:00～17:00
キャンセルは3月23日（月）まで。



●申込方法

- ・別紙「特定業務健康診断・特殊健康診断申込書」と「特定業務健康診断・特殊健康診断受診者名簿」に受診料を添えて、小牧商工会議所窓口へお申し込みください。電話・FAXでの申込みは不可。
- ・小牧商工会議所ホームページ <http://www.komaki-cci.or.jp/kenkoshindan#tokutei> から申込書がダウンロードできます。

●検査キット等

- ・4月10日（金）を目途に各事業所宛に公衆保健協会より郵送されます。万一届かない場合は、ご連絡ください。
- ・受診票には、事業所名、氏名、検査項目等が既に印刷されています。
- ・お申込みの検査内容と、健診当日に確認する問診票等において、取扱い有機溶剤に追加があると検査方法も追加になるため、追加の受診料を請求させていただきます。

- 検査方法 尿検査、血液検査（一部溶剤種類により必要）、医師による問診・診断 他

- 検査機関 一般財団法人公衆保健協会（名古屋市中村区）

- 結果発送 5月29日（金）を目途に郵送にて各事業所へ健診結果をお知らせいたします。

●申込に関するお問合せ

小牧商工会議所 中小企業相談所 小牧市小牧五丁目253番地 TEL (0568) 72-1111

●健診結果に関するお問合せ

（一財）公衆保健協会 名古屋市中村区黄金通2丁目45番地2 TEL (052) 481-2161

1. 特定業務従事者の健康診断

- ・深夜業などの特定業務に従事する労働者を対象にした健康診断です。
- ・深夜業とは、午後10時から午前5時までの間に働くことをいいます。勤務時間の一部がこの時間帯にかかる場合は深夜業務となります。定期健康診断を受けた日前6ヶ月間を平均して1ヶ月に4回以上で6ヶ月間で24回以上の深夜業に従事したことです。

検査内容	検査内容	受診料（税込）
① -1 深夜業務健康診断	心電図、血液検査、身体測定（身長・体重・視力・腹囲）・血圧測定、尿検査・聴力検査・診察および問診	6,000円
① -2 深夜業務健康診断（省略）	上記の内、心電図、血液検査を省略	2,400円

* 2026年度より、法令順守の観点から検査内容・受診料を2種類に分けました。

* 心電図、血液検査を省略できるのは、前回（6ヶ月以内）に健診を受けた方で、産業医が個別に必要でないと認めた場合です。産業医と契約されている事業所は一部ですので、心電図、血液検査の省略がない「①-1」の受診を推奨します。

2. 特殊健康診断

- ・法令で定められた業務または特定の物質を取り扱う労働者を対象にした健康診断です。
(有機溶剤健康診断、鉛健康診断、電離放射線健康診断、特定化学物質健康診断 等)
- ・有機溶剤、特定化学物質の種類については使用する溶剤、塗料、原料等の製品に添付されている安全データシートをご確認ください。
- ・有機溶剤及、特定化学物質は多数種類があるため、どんな検査項目が必要かのご確認は、名古屋北労働基準監督署 安全衛生課 TEL: 052-961-8654へお問い合わせください。

溶剤、物質等	検査内容	受診料（税込）
②-1 アセトン・IPA(イソプロピルアルコール) ・酢酸エチル・酢酸ノルマルブチル ・テトラヒドロフラン・メタノール など	有機溶剤基礎検査（問診及び診察） トルエン・キシレン・ノルマルヘキサン・エチルベンゼン・トリクロロエチレン・スチレン・ジクロルメタン・メチルイソブチルケトンを受診する場合も必須です！	3,250円
②-2 トルエン、キシレン、ノルマルヘキサン	尿中代謝物検査 ※溶剤1種類ごとに費用発生	2,600円
②-3 エチルベンゼン	尿中代謝物検査 + 血液検査 + 特定化学物質基礎検査	6,000円
②-4 トリクロロエチレン	尿中代謝物検査 + 血液検査 + 特定化学物質基礎検査	6,000円
②-5 スチレン	尿中代謝物検査 + 血液検査 + 特定化学物質基礎検査	6,000円
②-6 ジクロルメタン メチルイソブチルケトン	血液検査 + 特定化学物質基礎検査	4,500円
③-1 TDI・コバルト・MOCA 溶接ヒュームなど	特定化学物質基礎検査（問診及び診察）	2,200円
④鉛健康診断	鉛専用健康診断（検尿+血液検査）	4,000円

* 「②-3 エチルベンゼン」「②-6 ジクロルメタン」は、現在の取扱いがなくても、同じ職場で過去に取扱いがあれば検査が必要になります。

●受診料の計算例

- ・アセトンのみ使用→有機溶剤検査 3,250円
- ・トルエンとキシレンの2種を使用
→有機溶剤検査 3,250円+トルエン 2,600円+キシレン 2,600円=8,450円
- ・キシレンとトリクロロエチレンの2種を使用
→有機溶剤基礎 3,250円+キシレン 2,600円+トリクロロエチレン 6,000円=11,850円
- ・TDIのみ使用 →特定化学物質基礎検査 2,200円

小牧商工会議所 2026 年度特定業務従事者の健康診断・特殊健康診断申込書

・太枠の中を全てご記入ください。

事業所名					
所在地	〒 —	TEL () FAX ()	—		
担当者	役職・所属 氏名				
受診 実人数	4月22日(水) 13:00~16:15	4月23日(木) 8:30~11:45	2日間合計		
	名	名	名		
検査内容等		単価 (税込)	項目ごとの人数	金額	
特定 業務 特殊 健康 診断	①-1 深夜業務健康診断	¥6,000	名	円	
	①-2 深夜業務健康診断 (省略)	¥2,400	名	円	
	②-1 有機溶剤基礎検査 * 有機溶剤健康診断受診者全員が必要です。	¥3,250	名	円	
	②-2 トルエン・キシレン・ ノルマルヘキサン	尿中代謝物 1種類 ¥2,600	溶剤の種類×人数 種 延べ	円	
	②-3 エチルベンゼン	特定化学物質基礎検査 +尿中代謝物+血液検査	¥6,000	名	円
	②-4 トリクロルエチレン	特定化学物質基礎検査+尿 中代謝物+血液検査	¥6,000	名	円
	②-5 スチレン	特定化学物質基礎検査+尿 中代謝物+血液検査	¥6,000	名	円
	②-6 ジクロルメタン・ メチルイソブチルケトン	特定化学物質基礎検査+血 液検査	¥4,500	名	円
	②-7 その他有機溶剤 ()	要相談	名	円	
	③-1 TDI・コバルト・ MOCAなど	特定化学物質基礎検査	¥2,200	名	円
	③-2 その他特定化学物質 ()	要相談	名	円	
	④鉛健康診断		¥4,000	名	円
		合計			円

・「受診者名簿」にも、必要事項をご記入ください。

「②-7 その他有機溶剤」「③-2 その他特定化学物質」を受診の方は、受診者名簿の備考欄に物質の名称をご記入ください。

「②-3 エチルベンゼン」「②-6 ジクロルメタン」は、現在の取扱いがなくても、同じ職場で過去に取扱いがあれば検査が必要になります。

・上記以外の有機溶剤の場合（アセトン、IPA、酢酸エチル、酢酸ノルマルブチル、テトラヒドロフラン、メタノールなど）は、基礎検査のみです。その他の有機溶剤使用の場合の検査項目については、事前にお問い合わせください。

・お申し込みいただいた検査内容に対して、健診当日の問診において、取扱い有機溶剤に追加がありますと、検査方法も追加になります。その場合、後日追加検査料をご請求させていただきます。

・ご担当者と受診される従業員の方は、事前に検査内容について十分ご確認ください。

・ご記入いただいた個人情報は、健診機関である（一財）公衆保健協会に提供すると共に、小牧商工会議所からの各種連絡・情報提供のために利用します。

【事務局処理欄】

受付日	入金日	整理番号	備考	協会連絡

2026年度 特定業務健康診断・特殊健康診断受診者名簿

会社名											
住所	〒										
T E L						F A X					
担当者名						顧客コード					

(フリガナ) 受診者氏名		生年月日 (西暦で記入)	性別	深夜業務健康診断 (省略)	特殊健康診断								備考(他の溶剤・物質名・特記事項)
					有機溶剤基礎検査	トルエン・キシリソルマルヘキサン・	エチルベンゼン	トリクロルエチレン	スチレン	メチルイソブチルケトン	ジクロルメタン	TDI コバルト MOCA 溶接ヒューム など	
1		西暦 年 月 日											
2		西暦 年 月 日											
3		西暦 年 月 日											
4		西暦 年 月 日											
5		西暦 年 月 日											
6		西暦 年 月 日											
7		西暦 年 月 日											
8		西暦 年 月 日											
9		西暦 年 月 日											
10		西暦 年 月 日											
申込人数					名	名	名	名	名	名	名	名	

※用紙が足りない場合は、コピーしてご使用ください。

※ご記入いただいた情報は、健診の連絡・健診結果の通知等目的以外に利用いたしません。なお、受診機関とは業務委託契約を締結し
、個人情報保護は適切に管理します。

※入力済みの情報を訂正する場合は、二重取り消し線 で訂正してください。