

一般定期健康診断・生活習慣病健診

健診日時

令和7年 7月 7日 (月) ~ 11日 (金)

<受付時間>健診は30分ごとの予約枠で受付します。申込書に希望日時をご記入ください(申込順)。

C・Dコース 【午前のみ】 7:30 ~ 11:30

※ 胃部レントゲン検査は午前中のみとなります。
朝食をとらずにご来場ください。

A・Bコース 【午後のみ】 13:30 ~ 15:00



◆受診日の案内、受診票、採便容器(C・Dコースのみ)は、茨城県メディカルセンターより送付されます。

実施場所

ひたちなか商工会議所会館 5階

募集人員

1日あたり / 200名

対象者

本商工会議所会員 及び
その家族・従業員

申込方法

裏面の健診申込書に必要事項をご記入の上、
商工会議所事業部までお申込みください。

また、多数お申込みいただく際は、商工会議
所ホームページより「健診申込書(Excel)」
をダウンロードし、所定事項を入力の上、
メールにてお申込みください。

URL <http://www.hcci.jp>

E-mail jigyo@hcci.jp

TEL 273-1371 / FAX 275-2666

但し、定員になり次第締切らせて頂きます。

健診コース・料金 (消費税込み)

【Aコース：定期健康診断】・・・3,630円

【Bコース：定期健康診断】・・・9,680円

【Cコース：一般健康診断】・・・16,170円

(協会けんぽ補助承認者・・・3,582円)

【Dコース：生活習慣病健康診断】・・・18,700円

(協会けんぽ補助承認者・・・5,562円)

オプション検査 (消費税込み)

※事前受付のみ

① 血液検査・・・追加料金 4,180円
※Aコースのみ追加可能

② 前立腺がん検査・・・追加料金 2,420円

③ 肝炎ウィルス検査・・・追加料金 2,860円

(協会けんぽ補助承認者・・・582円)

(注)：過去に肝炎ウィルス検査を受けた方は、協会けんぽの
補助対象になりません

④ じん肺検査・・・追加料金 4,180円

お支払い・健診結果

健診料金は後日、メディカルセンターより健診結果と共に事業所に郵送されます。(8月中旬頃)

お申込み時の受診料納入はございません。

健診機関 (一財) 茨城県メディカルセンター (TEL029-243-1113)

※健康診断に関する内容は、直接 お問い合わせ下さい。

コース別 健診内容

※いずれのコースも年齢に関係なく、本人(または会社)負担で受診可能。

		Aコース	Bコース	Cコース	Dコース	
		定期健康診断	定期健康診断	一般健康診断 ※対象者は35歳以上 補助利用者は()内の料金	生活習慣病健康診断 ※対象者は35歳以上 補助利用者は()内の料金	
基本料金 (消費税込み)		3,630円	9,680円	16,170円 (協会けんぽ: 3,582円)	18,700円 (協会けんぽ: 5,562円)	
基本検査	質問 (問診)	◎	◎	◎	◎	
	身体測定	身長	◎	◎	◎	◎
		体重	◎	◎	◎	◎
		BMI (肥満等)	◎	◎	◎	◎
		腹囲	—	◎	◎	◎
	視力・聴力検査	◎	◎	◎	◎	
	血圧測定	◎	◎	◎	◎	
尿検査	◎	◎ (2項目)	◎ (3項目)	◎ (3項目)		
胸部X線検査	◎	◎	◎	◎		
血液検査	血液一般	別途 4,180円 ※オプション 追加できます	◎	◎	◎	
	肝機能		◎ (3項目)	◎ (4項目)	◎ (5項目)	
	糖代謝		◎ (2項目)	◎ (2項目)	◎ (2項目)	
	脂質代謝		中性脂肪	◎	◎	◎
		LDL コレステロール	◎	◎	◎	
		HDL コレステロール	◎	◎	◎	
		総コレステロール	—	—	◎	
	腎機能	—	◎	◎	◎ (2項目)	
	痛風	—	—	◎	◎ (1項目)	
	心電図検査	—	◎	◎	◎	
胃部X線検査	—	—	◎	◎		
大腸がん検査	—	—	◎	◎		
眼底検査	—	—	—	◎		

～協会けんぽ補助利用のご案内～

☆協会けんぽの加入事業所で、35歳以上の被保険者(本人)がC・Dコースを受診する場合、健診料金が割引になり()内の料金となります。

☎お問合せ: 協会けんぽ (TEL.029-303-1584) まで。

※ご利用の際は、下記に保険者番号・記号・番号をご記入ください。

～ひたちなか商工会議所

生命共済制度助成のご案内～

☆いきいきライフ共済には加入口数に応じて健康診断助成金がございます。

お問合せ: 商工会議所まで

一般定期健康診断・生活習慣病健診申込書

【FAX. 029-275-2666】

事業所名 _____ 住所 〒 _____

保険者番号(8桁) _____ 記号(8桁) _____ TEL () _____ - FAX () _____ -

No.	ふりがな 氏名	性別	生年月日	検診コース (オプション検査)	協会けんぽ補助利用 35歳以上(C・D)申請	希望日時
1		男	S	A・B・C・D (血液・前立腺・肝炎・じん肺)	保険証番号() _____ する	① 日 時 分
		女	H		本人・家族 _____ しない	② 日 時 分
2		男	S	A・B・C・D (血液・前立腺・肝炎・じん肺)	保険証番号() _____ する	① 日 時 分
		女	H		本人・家族 _____ しない	② 日 時 分
3		男	S	A・B・C・D (血液・前立腺・肝炎・じん肺)	保険証番号() _____ する	① 日 時 分
		女	H		本人・家族 _____ しない	② 日 時 分
4		男	S	A・B・C・D (血液・前立腺・肝炎・じん肺)	保険証番号() _____ する	① 日 時 分
		女	H		本人・家族 _____ しない	② 日 時 分
5		男	S	A・B・C・D (血液・前立腺・肝炎・じん肺)	保険証番号() _____ する	① 日 時 分
		女	H		本人・家族 _____ しない	② 日 時 分

※ご記入いただいた個人情報は、本事業のみに利用させていただきます。それ以外では利用いたしません。