

# 一般定期健康診断・生活習慣病健診

『定期健康診断・生活習慣病健診』を下記要領で開催致します。

## 健診日時

10月11日(水)・12日(木)・13日(金)

AM 8:00 ~ 11:30 / PM 13:30 ~ 14:30

※30分単位で受付致します。都合の良い日時をお選びください。

〈受診時間帯〉 C・Dコース・・・午前8時00分から 【1日80名限定】

※胃部レントゲン検査を希望の方は、午前10時までにご来場頂きます。

A・Bコース・・・午前9時30分から

※各コースとも申込順とさせていただきます。お早めにお申込み下さい。

尚、受診時間帯及びコースによって、調整させていただく場合がありますのでご了承ください。

## 実施場所

ひたちなか市 漁村センター (和田町3-1-90)

## 対象者

本商工会議所会員及び  
その家族・従業員

## 募集人員

A・Bコース : 250人

C・Dコース : 250人

※C・Dコースの方は胃部レントゲン検査があります。朝食をとらずにご来場頂きます。

## 申込方法

裏面の受診申込書に必要事項をご記入の上、  
8月25日(金)までに、商工会議所(支所)  
(担当:後藤)までお申込み下さい。  
(TEL 263-7811 / FAX 263-6859)  
但し、定員になり次第締切らせて頂きます。

## お支払い

受診料は後日、メディカルセンターより健診結果と共に事業所に請求されます。お申込み時には受診料の納入の必要はございません。

※検査の結果は、茨城県メディカルセンターより11月中旬に各事業所宛に送付致します。

年に一度は健診を受けましょう!



## 健診コース・料金

- 【Aコース: 定期健康診断】・・・3,240円
- 【Bコース: 定期健康診断】・・・8,208円
- 【Cコース: 一般健康診断】・・・14,856円  
(協会けんぽ補助承認者・・・4,773円)
- 【Dコース: 生活習慣病健康診断】・・・17,691円  
(協会けんぽ補助承認者・・・7,608円)

## オプション検査

※事前受付のみ

- ①血液検査・・・追加料金 3,888円 ※Aコースのみ設定可能
- ②前立腺がん検査・・・追加料金 2,376円
- ③肝炎ウイルス検査・・・追加料金 2,808円  
(協会けんぽ補助承認者・・・612円)
- (注): 過去に肝炎ウイ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 3,780円

## 健診機関

(一財) 茨城県メディカルセンター

(TEL 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

※どのコースも年齢に関係なく、本人  
(または会社)負担で受診いただけます。

		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35歳以上、 補助申請者は( )	生活習慣病健康診断 ※対象者35歳以上、 補助申請者は( )	
基本料金		3,240円	8,208円	14,856円 (協会けんぽ: 4,773円)	17,691円 (協会けんぽ: 7,608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 3,888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		◎(1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・痛風	—	—	◎(2項目)	◎(3項目)		
心電図検査	—	◎	◎	◎		
胃部X線検査	—	—	◎	◎		
大腸がん検査	—	—	◎	◎		
眼底検査	—	—	—	◎		

～協会けんぽ補助申請のご案内～

☆協会けんぽの加入事業所で、35歳以上の方がC・Dコースを受診する場合、全国健康保険協会茨城県支部に補助申請すると受診料が割引となり( )の料金になります。

問合せ：協会けんぽ(TEL 303-1584)まで。

※補助申請がされていない場合は、通常料金となります。  
ご注意ください。

～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(旧いきいき共済)に健康診断助成金が新設されました。加入口数に応じて助成がございます。お問い合わせは商工会議所(本所・支所)まで。

一般定期健康診断・生活習慣病健診申込書

FAX 263-6859

事業所名

住 所

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 申請	希望診断日時	
1		男・女	S H	年 月 日 . . .	A・B・C・D (血液・前立腺・肝炎・じん肺)	する	第1希望 日 時 分
						しない	第2希望 日 時 分
2		男・女	S H	年 月 日 . . .	A・B・C・D (血液・前立腺・肝炎・じん肺)	する	第1希望 日 時 分
						しない	第2希望 日 時 分
3		男・女	S H	年 月 日 . . .	A・B・C・D (血液・前立腺・肝炎・じん肺)	する	第1希望 日 時 分
						しない	第2希望 日 時 分
4		男・女	S H	年 月 日 . . .	A・B・C・D (血液・前立腺・肝炎・じん肺)	する	第1希望 日 時 分
						しない	第2希望 日 時 分
5		男・女	S H	年 月 日 . . .	A・B・C・D (血液・前立腺・肝炎・じん肺)	する	第1希望 日 時 分
						しない	第2希望 日 時 分

※C・Dコース希望の方は、協会けんぽ申請欄(する・しない)のいずれか該当する方に○を必ずご記入願います。  
※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。