

一般定期健康診断・生活習慣病健診

健診日時

7月10日(月)～14日(金)

＜受付時間＞ 30分単位で受付いたします。申込書に希望日時をご記入ください(申込順)

C・Dコース・・・AM 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・・・PM 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

一日当たり / 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(担当:戸田)までお申込み下さい。

(TEL 273-1371 / FAX 275-2666)

お支払い・健診結果

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。

(8月中旬頃)

お申込み時には受診料の納入の必要はございません。

健診コース・料金 (消費税込み)

- 【Aコース:定期健康診断】・・・3,300円
【Bコース:定期健康診断】・・・9,350円
【Cコース:一般健康診断】・・・15,620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】・・・18,150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 3,850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

コース別 健診内容			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、 補助利用者は()	生活習慣病健康診断 ※対象者35歳以上、 補助利用者は()
基本料金 (消費税込み)			3,300 円	9,350 円	15,620 円 (協会けんぽ：3,582 円)	18,150 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)の方が
C・Dコースを受診する場合、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。

※ご利用の際は下記に保険者番号・記号・保険証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 275-2666

事業所名

住 所

保険者番号

記号

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 J-A)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 ()	① 日 時 分
		女	H		本人 ・ 家族	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 ()	① 日 時 分
		女	H		本人 ・ 家族	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 ()	① 日 時 分
		女	H		本人 ・ 家族	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 ()	① 日 時 分
		女	H		本人 ・ 家族	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 ()	① 日 時 分
		女	H		本人 ・ 家族	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。