

一般定期健康診断・生活習慣病健診

健診日時

10月 7日(月)・8日(火)・9日(水)

〈受付時間〉 **C・Dコース**・・・午前8:00～午前11:30

※30分毎の受付になります

※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ください。

※胃部レントゲン検査を希望しない方は午後からの時間帯になります。

A・Bコース・・・午後1:30～午後3:00

※15分毎の受付になります

実施場所

ひたちなか市 **漁村センター**

(和田町3-1-90)



年に一度は健診を受けましょう!

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・・・100名/1日(3日間合計300名)

C・Dコース・・・100名/1日(3日間合計300名)

申込方法

裏面の受診申込書に必要事項をご記入の上、
商工会議所(支所)(担当:生井・後藤)まで
お申込みください。

TEL 263-7811

FAX 263-6859

※各コースとも定員になり次第
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。

健診コース・料金(消費税込)

【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)

※事前受付のみ

① 血液検査・・・追加料金 4,180円

※Aコースのみ設定可能

② 前立腺がん検査・・・追加料金 2,420円

② 肝炎ウィルス検査・・・追加料金 2,860円

③ じん肺検査・・・追加料金 4,180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 (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	—	—	—	◎		

～協会けんぽ補助申請のご案内～

☆協会けんぽの加入事業所で、35歳以上の被保険者の方がC・D
コースを受診する場合、補助申請すると受診料が割引となり()
の料金になります。※本人のみ対象(家族は申請できません)
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。

お問い合わせ: 商工会議所まで。

那珂湊支所 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

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)	協会けんぽ補助申請 35歳以上(C・Dコース)	希望日時
1		男・女	S H . .	A・B・C・D (血液・前立腺・肝炎・じん肺)	する	① 日 時 分 ② 日 時 分
					しない	
2		男・女	S H . .	A・B・C・D (血液・前立腺・肝炎・じん肺)	する	① 日 時 分 ② 日 時 分
					しない	
3		男・女	S H . .	A・B・C・D (血液・前立腺・肝炎・じん肺)	する	① 日 時 分 ② 日 時 分
					しない	
4		男・女	S H . .	A・B・C・D (血液・前立腺・肝炎・じん肺)	する	① 日 時 分 ② 日 時 分
					しない	
5		男・女	S H . .	A・B・C・D (血液・前立腺・肝炎・じん肺)	する	① 日 時 分 ② 日 時 分
					しない	

※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。