

# 一般定期健康診断・生活習慣病健診

## 健診日時

令和6年 7月 8日 (月) ~ 12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: 中谷) 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】・・・3,630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 肝炎ウイルス検査・・・追加料金 2,860円
- ④ 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 029-243-1113)

※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)		3,630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)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.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。

お問い合わせ：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-J)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。