

巡回健康診断A・Bコース

会員の皆様へのサービス事業として、「健康診断・成人病健診」を実施いたします。労働安全衛生法に基づく年に1度の健康診断の内容を完備し、お値段もお安くご提供します。是非お申し込みください。

検査内容 金額 (消費税込み)	Aコース 会員6,480円(ふれあい共済加入者 3,480円) 身長・体重測定・BMI、腹囲測定(判定含む)、視力測定、聴力検査、尿検査、胸部X線、 医師診察・血圧測定、肝機能検査、血中脂質検査、糖尿病検査、貧血検査、心電図検査 (特定健診による検査必要項目をすべて満たしています。)
	Bコース 会員10,590円(ふれあい共済加入者 7,590円) Aコース内容 + 胃部X線撮影 + 便潜血検査(大腸がん検査)
健診機関	宇都宮東病院 健康推進事業部 平出町368-8 ☎683-3050
会場	① 6/11(火) 9:00~11:00 コンセーレ 1F小ホール (駒生1-1-6) ② 6/22(土) 9:00~11:00 コンセーレ 1F大ホール (駒生1-1-6) ③ 6/24(月) 9:00~11:00 マロニエプラザ 1F展示ホール(元今泉6-1-37) (※6/11・6/22はオプションの乳・子宮がん検査・眼底検査がありません)
対象者	宇都宮商工会議所 会員事業所の事業主及び従業員
定員	11日・22日(各90名)、24日(100名) 先着順。定員になりしだい締め切ります。
注意事項	・下記オプション欄にご希望の検査項目がある場合は○印をつけてください ・現在、妊娠している方および妊娠の可能性のある方は、一部受診できないものがあります。 ・胸部レントゲンについては、予めボタンや金具の付いていない服装(Tシャツなど)をお願いします。
申込方法	受付：2019年4月10日(水)～2019年5月7日(火)まで 下段の申込欄にご記入の上(選択項目には○をつける)、料金を添えて宇都宮商工会議所窓口でお申込みください。お申込後のキャンセルは原則としてお受けできませんのでご了承ください。

問合せ先 宇都宮商工会議所 総務部共済担当
宇都宮市中央3-1-4 TEL(028)637-3131

申込書	事業所名	所在地
	(ご担当者名)	TEL

受診者氏名	性別	生年月日	希望日	コース	オプション(税込)	受診料
〆〆〆 氏名	男 女	昭和・平成 年 月 日 (歳)	6/11 6/22 6/24	・A会員 6,480円 ・A共済 3,480円 ・B会員 10,590円 ・B共済 7,590円	①乳・子宮がん (6/24のみ) 4,620円 ②眼底(6/24のみ) 820円 ③喀 痰 2,050円 ④肝 炎 2,460円 ⑤パプシゲンビ叫菌 3,700円	円
〆〆〆 氏名	男 女	昭和・平成 年 月 日 (歳)	6/11 6/22 6/24	・A会員 6,480円 ・A共済 3,480円 ・B会員 10,590円 ・B共済 7,590円	①乳・子宮がん (6/24のみ) 4,620円 ②眼底(6/24のみ) 820円 ③喀 痰 2,050円 ④肝 炎 2,460円 ⑤パプシゲンビ叫菌 3,700円	円
〆〆〆 氏名	男 女	昭和・平成 年 月 日 (歳)	6/11 6/22 6/24	・A会員 6,480円 ・A共済 3,480円 ・B会員 10,590円 ・B共済 7,590円	①乳・子宮がん (6/24のみ) 4,620円 ②眼底(6/24のみ) 820円 ③喀 痰 2,050円 ④肝 炎 2,460円 ⑤パプシゲンビ叫菌 3,700円	円

※本申込書1枚につき3名様がお申込みできます。多数申込みの場合はコピーしてお使いください。 合計
※本申込書にご記入いただいた情報は、本人確認及び受診機関である宇都宮東病院健康推進事業部との連絡のために利用するほか、商工会議所からの各情報提供に利用することがあります。

裏面Cコースのご案内

健康診断Cコース

会員の皆様へのサービス事業として、「健康診断・成人病健診」を実施いたします。労働安全衛生法に基づく年に1度の健康診断の内容を完備し、お値段もお安くご提供します。是非お申し込みください。

検査内容 金額 (消費税込み)	Cコース 会員12,400円(ふれあい共済加入者 10,400円) 身長・体重・BMI・腹囲測定・血圧・視力検査・聴力検査、尿検査、胸部・胃部X線、医師診察、心電図検査、血液学検査、生科学検査、肝機能検査、脂質検査、尿酸、腎機能検査、糖代謝、大腸がん検査、眼底検査 ※裏面Bコース内容 + 腎機能・尿酸(痛風)・眼底(特定健診による検査必要項目をすべて完備。)
	事前予約が必要なオプション 胃カメラ(各日15枠ずつ。胃カメラを申し込んだ方は胃部X線なし。料金はCコースと別途かかります。)
健診機関	宇都宮記念病院 総合健診センター9階 大通り1-3-16 ☎625-7831
会場	① 6/18(火) 7:30~10:00 宇都宮記念病院 総合健診センター9階(大通り1-3-16) ② 6/19(水) 7:30~10:00 宇都宮記念病院 総合健診センター9階(大通り1-3-16) ③ 6/20(木) 7:30~10:00 宇都宮記念病院 総合健診センター9階(大通り1-3-16)
対象者	宇都宮商工会議所会員事業所の事業主及び従業員
定員	1日30名まで(3日間で90名) 先着順。定員になりしだい締め切ります。 ※胃カメラについては、お申し込み時に予約を取りますので、ご希望の方はお早めにお問い合わせください。
注意事項	・下記オプション欄にご希望の検査項目がある場合は○印をつけてください。 ・現在、妊娠している方および妊娠の可能性のある方は、一部受診できないものがあります。 ・胸部レントゲンについては、予めボタンや金具の付いていない服装(Tシャツなど)をお願いします。
申込方法	2019年4月10日(水)~2019年5月7日(火)まで 下段の申込欄に必要事項をご記入の上(選択項目には○をつける)、料金を添えて商工会議所窓口でお申込みください。記載にない検査項目のお申し込みや、お申込後のキャンセル、変更は原則としてお受けできませんのでご了承ください。

問合せ先 宇都宮商工会議所 総務部共済担当 宇都宮市中央3-1-4 TEL(028)637-3131

申込書	事業所名	所在地
		TEL

オプション(税込・Cコース料金とは別途かかります。)

※受診者のオプション番号欄に①~⑫の番号を記載してください。

①胃カメラ(要予約) 6,480円	⑤ピロリ菌検査 1,944円	⑨子宮がん検査 3,240円
②MR検査 29,160円	⑥乳房X線 4,320円	⑩眼圧 1,080円
③胸部CT 8,640円	⑦乳房超音波 4,320円	⑪肝炎検査(B型C型) 3,240円
④腹部超音波検査 5,400円	⑧乳房X線+超音波セット 7,560円	⑫PSA(前立腺がん)検査 2,700円

受診者氏名	性別	生年月日	希望日	Cコース区分	オプション番号を記載	受診料
〆〆〆	男 女	昭和・平成 年 月 日 (歳)	6/18	・会員 12,400円 ・共済 10,400円		円
氏名			6/19			
			6/20			
〆〆〆	男 女	昭和・平成 年 月 日 (歳)	6/18	・会員 12,400円 ・共済 10,400円		円
氏名			6/19			
			6/20			
〆〆〆	男 女	昭和・平成 年 月 日 (歳)	6/18	・会員 12,400円 ・共済 10,400円		円
氏名			6/19			
			6/20			

※本申込書1枚につき3名様がお申込みできます。多数申込みの場合はコピーしてお使いください。 合計 _____
 ※本申込書にご記入いただいた情報は、本人確認及び受診機関である宇都宮記念病院総合健診センターとの連絡のために利用するほか、商工会議所からの各情報提供に利用することがあります。

裏面ABコースのご案内