

令和8（2026）年度 宇都宮商工会議所 会員・ふれあい共済加入者福祉サービス事業

# 健康診断Cコース

宇都宮商工会議所では、会員サービス事業として、会員事業所の事業主及び従業員の皆様を対象に「健康診断」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ていますので、ぜひお申し込みください。

※ 適用消費税率は10%

検査内容金額	Cコース 会員 16,700 円（税込）【内消費税額 1,519 円】 （ふれあい共済加入者 14,700 円（税込）【内消費税額 1,337 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、生化学検査、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 ※特定健診による検査必要項目をすべて満たしております。
検査オプション金額	【※別途料金がかかります。ご希望の方のみ】 ① 胃カメラ（要予約※先着10名様） 11,000 円（税込）【内消費税額 1,000 円】 ② 頭部MR検査（要予約） 29,700 円（税込）【内消費税額 2,700 円】 ③ 胸部CT 9,900 円（税込）【内消費税額 900 円】 ④ ピロリ菌検査 1,980 円（税込）【内消費税額 180 円】 ⑤ 乳房X線（要予約） 4,400 円（税込）【内消費税額 400 円】 ⑥ 乳房超音波（要予約） 4,400 円（税込）【内消費税額 400 円】 ⑦ 乳房X線+超音波セット（要予約） 7,700 円（税込）【内消費税額 700 円】 ⑧ 子宮がん検査 3,300 円（税込）【内消費税額 300 円】 ⑨ 眼圧 1,100 円（税込）【内消費税額 100 円】 ⑩ P S A（前立腺がん検査） 2,750 円（税込）【内消費税額 250 円】
健診機関	宇都宮記念病院 総合健診センター（大通り1-3-16 ☎0570-077831）
会場	① 6/22（月）8:00～、8:30～ 宇都宮記念病院 総合健診センター9階（大通り1-3-16） ② 6/23（火）8:00～、8:30～ 宇都宮記念病院 総合健診センター9階（大通り1-3-16） ③ 6/24（水）8:00～、8:30～ 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25名まで ※先着順。定員になり次第締め切ります。 胃カメラ MR検査 乳房X線 乳房超音波は、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申し込みください。
注意事項	・裏面申込書オプション欄にご希望の検査項目がある場合は、オプション番号欄に①～⑩の番号を記載してください。 ・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。 ・感染症等の影響により、健診当日に発熱や風邪症状等がある方は、受診をお断りする場合があります。
申込方法	○ 受付期間：2026年4月10日（金）～2026年5月8日（金）まで（必着） 1 裏面申込書へご記入の上、商工会議所窓口、FAX、またはご郵送でお申し込みください。 2 料金は受診終了後、請求書を事業所宛てに送付させていただきます。（8月中旬頃予定） 3 お申し込み後のキャンセル、変更は原則お申し込みをいただいてから1週間以内に商工会議所へご連絡下さい。

## 【問い合わせ先】

宇都宮商工会議所 総務部共済担当

宇都宮市中央3-1-4

電話 (028) 637-3131

FAX (028) 634-8694

# 【健康診断 Cコース（宇都宮記念病院）】 申込書

FAX 028-634-8694 宇都宮商工会議所 共済担当 行

申込書	事業所名	〒
	(ご担当者)	所在地
		TEL FAX
		担当者メールアドレス

オプション（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①～⑩の番号を記載してください。

①胃カメラ（要予約） 11,000円（税込）	⑤乳房X線（要予約） 4,400円（税込）	⑧子宮がん検査 3,300円（税込）
②頭部MR検査（要予約） 29,700円（税込）	⑥乳房超音波（要予約） 4,400円（税込）	⑨眼圧 1,100円（税込）
③胸部CT 9,900円（税込）	⑦乳房X線+超音波セット（要予約） 7,700円（税込）	⑩PSA（前立腺がん）検査 2,750円（税込）
④ピロリ菌検査 1,980円（税込）		

※ 希望日・コースに○を付けて下さい。

受診者氏名	性別	生年月日	希望日	コース（税込）	オプション番号を記載	受診料
氏名	男 女 □	西暦 年 月 日 ( 歳)	6/22 6/23 6/24	・会員 16,700円 ・共済 14,700円		円
氏名	男 女 □	西暦 年 月 日 ( 歳)	6/22 6/23 6/24	・会員 16,700円 ・共済 14,700円		円
氏名	男 女 □	西暦 年 月 日 ( 歳)	6/22 6/23 6/24	・会員 16,700円 ・共済 14,700円		円
氏名	男 女 □	西暦 年 月 日 ( 歳)	6/22 6/23 6/24	・会員 16,700円 ・共済 14,700円		円
氏名	男 女 □	西暦 年 月 日 ( 歳)	6/22 6/23 6/24	・会員 16,700円 ・共済 14,700円		円
氏名	男 女 □	西暦 年 月 日 ( 歳)	6/22 6/23 6/24	・会員 16,700円 ・共済 14,700円		円
氏名	男 女 □	西暦 年 月 日 ( 歳)	6/22 6/23 6/24	・会員 16,700円 ・共済 14,700円		円
氏名	男 女 □	西暦 年 月 日 ( 歳)	6/22 6/23 6/24	・会員 16,700円 ・共済 14,700円		円

※本申込書1枚につき8名様がお申し込みできます。多数申し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。