

巡回健康診断A・B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。

検査内容 金額	Aコース 会員 7,260 円(税込)【内消費税額 660 円】 (ふれあい共済加入者 4,260 円(税込)【内消費税額 388 円】) 身長・体重測定(BMI)、腹囲測定(判定含む)、視力測定、聴力測定、血圧測定、尿検査、医師診察、胸部X線間接撮影、心電図検査(安静時 12 誘導)、血液検査(一般、肝機能、脂質、血糖) ※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 10,890 円(税込)【内消費税額 990 円】 (ふれあい共済加入者 7,890 円(税込)【内消費税額 717 円】) Aコース内容 + 胃部X線間接撮影 + 大腸がん検査(便潜血1回法)
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 乳がん検診(超音波) 3,300 円(税込)【内消費税額 300 円】 ② 眼底(片眼) 1,100 円(税込)【内消費税額 100 円】 ③ 喀痰細胞診 2,200 円(税込)【内消費税額 200 円】 ④ 肝炎検査 2,640 円(税込)【内消費税額 240 円】 ⑤ 胃がんリスク検査(ABC検査) 4,400 円(税込)【内消費税額 400 円】 ⑥ 腫瘍マーカー検査(前立腺がん) 2,200 円(税込)【内消費税額 200 円】 ⑦ 腫瘍マーカー検査(卵巣がん) 2,200 円(税込)【内消費税額 200 円】 ⑧ 大腸がん検査(便潜血検査1回法) 660 円(税込)【内消費税額 60 円】 ※⑧は、Aコース受診の希望者のみ
健診機関	宇都宮東病院 健康推進事業部(平出町 368-8 ☎028-683-3050)
会 場	① 10/3(土)9:00～11:00 コンセーレ(駒生1-1-6)※1F 小会議室・小ホール ② 10/13(火)9:00～11:00 コンセーレ(駒生1-1-6)※1F 小会議室・小ホール ③ 10/22(木)9:00～11:00 宇都宮東病院健診センター(平出町368-8) (※10/3 および 10/13 はオプションの①乳がん検診(超音波)、②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	3日・13日(各90名)、22日(80名) ※先着順。定員になり次第締め切ります。
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①～⑧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。 ・新型コロナウイルス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。 ・Bコース【胃部X線撮影】の当日キャンセルは、原則お受けできません。お申込みの際は、ご注意ください。
申込方法	○ 受付期間:2026年8月10日(月)～2026年9月11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。(1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。

※ 適用消費税率は10%

【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

【巡回健康診断 A・Bコース(宇都宮東病院)】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	〒
		所在地
	TEL	FAX
	(ご担当者)	メールアドレス

オプション(A・B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①～⑧の番号を記載してください。

①乳がん検診	3,300 円(税込)	④肝炎検査	2,640 円(税込)	⑦腫瘍マーカー検査(卵巣がん)	
②眼底	1,100 円(税込)	⑤胃がんリスク検査	4,400 円(税込)		2,200 円(税込)
③喀痰細胞診	2,200 円(税込)	⑥腫瘍マーカー検査(前立腺がん)		⑧大腸がん検査	660 円(税込)
			2,200 円(税込)		※A コース受診の希望者のみ

※ 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
フリガナ 氏名	男 女 ☐	西暦 年 月 日 (歳)	10/3 10/13 10/22	・A会員 7,260 円 ・A共済 4,260 円 ・B会員 10,890 円 ・B共済 7,890 円		円
フリガナ 氏名	男 女 ☐	西暦 年 月 日 (歳)	10/3 10/13 10/22	・A会員 7,260 円 ・A共済 4,260 円 ・B会員 10,890 円 ・B共済 7,890 円		円
フリガナ 氏名	男 女 ☐	西暦 年 月 日 (歳)	10/3 10/13 10/22	・A会員 7,260 円 ・A共済 4,260 円 ・B会員 10,890 円 ・B共済 7,890 円		円
フリガナ 氏名	男 女 ☐	西暦 年 月 日 (歳)	10/3 10/13 10/22	・A会員 7,260 円 ・A共済 4,260 円 ・B会員 10,890 円 ・B共済 7,890 円		円
フリガナ 氏名	男 女 ☐	西暦 年 月 日 (歳)	10/3 10/13 10/22	・A会員 7,260 円 ・A共済 4,260 円 ・B会員 10,890 円 ・B共済 7,890 円		円
フリガナ 氏名	男 女 ☐	西暦 年 月 日 (歳)	10/3 10/13 10/22	・A会員 7,260 円 ・A共済 4,260 円 ・B会員 10,890 円 ・B共済 7,890 円		円
フリガナ 氏名	男 女 ☐	西暦 年 月 日 (歳)	10/3 10/13 10/22	・A会員 7,260 円 ・A共済 4,260 円 ・B会員 10,890 円 ・B共済 7,890 円		円
フリガナ 氏名	男 女 ☐	西暦 年 月 日 (歳)	10/3 10/13 10/22	・A会員 7,260 円 ・A共済 4,260 円 ・B会員 10,890 円 ・B共済 7,890 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。