

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。

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・血圧検査・視力・聴力検査、尿検査、胸部・胃部X線、医師診察、心電図検査、血液検査、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 ※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 頭部MRI検査(要予約) 29,700 円(税込)【内消費税額 2,700 円】 ② 胸部CT 9,900 円(税込)【内消費税額 900 円】 ③ 胃カメラ(要予約※先着10名) 11,000 円(税込)【内消費税額 1,000 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 眼圧検査 1,100 円(税込)【内消費税額 100 円】 ⑩ PSA(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 ☎028-625-7831)
会 場	① 10/26(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 10/27(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 10/28(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30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 腹部超音波検査 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。 ・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。
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。(令和9年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

【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

申込書	事業所名	〒 所在地
	(ご担当者)	TEL FAX
		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頭部MRI検査(要予約)	29,700 円(税込)	⑥乳房超音波	4,400 円(税込)
②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)
③胃カメラ	11,000 円(税込)	⑧子宮がん検査	3,300 円(税込)
④ピロリ菌検査	1,980 円(税込)	⑨眼圧検査	1,100 円(税込)
⑤乳房X線	4,400 円(税込)	⑩PSA(前立腺がん検査)	2,750 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
フリガナ 氏名	男 女 □	西暦 年 月 日 (歳)	10/26 10/27 10/28	・会員 16,700 円 ・共済 14,700 円		円
フリガナ 氏名	男 女 □	西暦 年 月 日 (歳)	10/26 10/27 10/28	・会員 16,700 円 ・共済 14,700 円		円
フリガナ 氏名	男 女 □	西暦 年 月 日 (歳)	10/26 10/27 10/28	・会員 16,700 円 ・共済 14,700 円		円
フリガナ 氏名	男 女 □	西暦 年 月 日 (歳)	10/26 10/27 10/28	・会員 16,700 円 ・共済 14,700 円		円
フリガナ 氏名	男 女 □	西暦 年 月 日 (歳)	10/26 10/27 10/28	・会員 16,700 円 ・共済 14,700 円		円
フリガナ 氏名	男 女 □	西暦 年 月 日 (歳)	10/26 10/27 10/28	・会員 16,700 円 ・共済 14,700 円		円
フリガナ 氏名	男 女 □	西暦 年 月 日 (歳)	10/26 10/27 10/28	・会員 16,700 円 ・共済 14,700 円		円
フリガナ 氏名	男 女 □	西暦 年 月 日 (歳)	10/26 10/27 10/28	・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。