

# ..... おすすめ健康診断のご紹介.....

(集団健康診断と一緒に検査が可能な場合がございますので、事前にお申し込みください)

乳房

**マンモグラフィ検査** .....5,500円(税込)  
乳房全体の乳腺や脂肪、血管などを写し出します。早期乳がんのサイン(石灰化)の発見に大変有効です。

胸腹部

**胸部CT** ..... 14,300円(税込)  
胸部CT検査では、主に肺や心臓などの臓器の状態をチェックします。特に肺にあるがんの発見には有用であるといわれています。

**心臓超音波** ..... 8,000円(税込)  
心臓超音波(心エコー)では、心臓の大きさ・厚み・弁の状態や動き等をチェックします。心臓の構造的異常の発見にも役立ちます。

**腹部超音波** .....5,500円(税込)  
腹部に超音波をあて、肝臓・胆嚢・膵臓・腎臓・脾臓に異常がないか調べます。

大腸

**大腸内視鏡**.....22,000円(税込)  
カメラを肛門から挿入し、大腸内側を観察。ポリープやがん、出血、炎症等を調べます。

子宮卵巣

**子宮頸部細胞診** .....3,850円(税込)  
子宮頸部の細胞を採取し、異常な細胞の有無を調べます。主に子宮頸がんや子宮頸部前がん状態を発見するための検査です。

**子宮がんHPV自己採取キット** .....4,850円(税込)  
子宮頸がんは「HPV(ヒトパピローマウイルス)」といわれるウイルスが子宮頸部に持続感染することで発症します。この検査は専用のキットをご自身で自宅で検査することができます。

脳

**脳ドック** .....22,000円(税込)  
脳卒中(脳梗塞・脳出血・くも膜下出血)の原因である脳血管の塞栓や脳動脈瘤を早期に発見することができます。

胃

**上部消化管X線検査【胃バリウム】** ..... 8,250円(税込)  
バリウムを飲み食道・胃・十二指腸の状態を調べます。

**上部消化管内視鏡【胃カメラ】** .....13,200円(税込)  
カメラを挿入して、食道・胃・十二指腸の状態を調べます。(経口・経鼻を選択可能です)

**胃がんリスクマーカー** 4,400円(税込)  
血液検査でピロリ菌に対する抗体と、胃の炎症や萎縮の度合いを反映するペプシノーゲンを測定し、胃がん発生のリスクを調べます。

その他

**骨密度検査** ..... 3,850円(税込)  
骨粗鬆症は骨がもろくなり、骨折しやすい状態になってしまいます。自分の骨の状態を測定してみたいかがでしょうか。当院では骨粗しょう症の診断および治療効果判定に最も多く使用されて精度に優れているDXA法(二重エネルギーX線吸収測定法)を用いた装置を導入しています。

**View39アレルギー** 15,400円(税込)  
39項目のアレルギー検査

**PET-CT** ..... 88,000円(税込)  
全身を一度にスクリーニングし、隠れたがんを発見することができます。(※PET-CT検査は「常磐病院」にておこないます)

# 集団健康診断のお知らせ

令和8年 1月～3月



M e d i c a l   e x a m i n a t i o n

実施医療機関



磐城中央病院 健診サロン

〒971-8112 福島県いわき市小名浜南富岡字富士前41  
TEL 0570-200-280(健診サロン直通)

HP



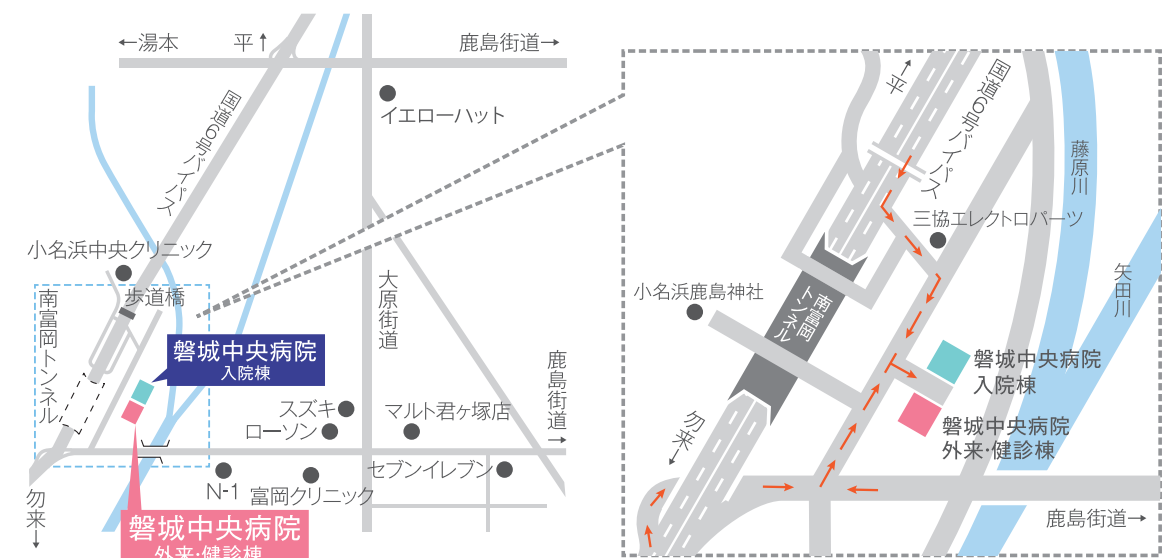
「磐城中央病院」の外来・健診棟。  
健診サロンは、こちらの建物の2階です。

詳細については「**磐城中央病院 健診サロン (TEL:0570-200-280)**」までお問い合わせください



磐城中央病院

〒971-8112 福島県いわき市小名浜南富岡字富士前41  
健診サロン／電話：0570-200-280 FAX：0246-54-5856



# 集団健康診断のお知らせ



## 中建国保の 補助金

- 特定健診(基本健診) ..... 8,000円まで
  - 胸部直接レントゲン撮影 ..... 2,000円まで
  - がん検診 ..... 2,000円まで
- ※上記の補助金額を超えた分は、当日現金でのお支払いとなります

### お勧めセットコース(無料)

①特定健診＋②労働安全項目＋③レントゲン検査＋⑩胃がん検査  
(8,000円) (1,000円) (2,000円) (2,500円)  
＝ 通常価格13,500円のところ ⇒ **12,000円** となり全額補助にて無料です

### お勧めセットコース(自己負担額1,000円)

①特定健診＋②労働安全項目＋③レントゲン検査＋④大腸がん検査＋⑩胃がん検査  
(8,000円) (1,000円) (2,000円) (1,000円) (2,500円)  
＝ 通常価格14,500円のところ ⇒ **13,000円** となり自己負担が1,000円です

### 料金表

- |  |        |
|--|--------|
| ① 特定(基本)健診   | 8,000円 |
| ○身長・体重 ○血液(血中脂質・肝機能・血糖・腎機能・尿酸・腎機能) ○血圧測定 ○腹囲測定<br>○問診・医師の診察 ○尿検査(尿糖・尿蛋白・尿潜血) ○総蛋白 ○アルブミン ○尿素窒素 ○体脂肪率 |        |
| ② 労働安全法追加項目 * 作業現場等へ提出する方は必要な項目です  | 1,000円 |
| ○心電図 ○視力 ○聴力 ○血液(赤血球・血色素・ヘマトクリット・白血球・血小板)  |        |
| ③ 胸部レントゲン検査 * 作業現場等へ提出する方は必要な項目です  | 2,000円 |
| ④ 大腸がん検査   | 1,000円 |
| 健診日までに2回分の採便をお願いします。1回しか採便できなかった場合は、1回分でご持参していただいて結構です。  |        |
| ⑤ 前立腺がん検査 (PSA) / 血液検査です   | 2,000円 |
| ⑥ 肝臓がん検査 (AFP) / 血液検査です  | 1,500円 |
| ⑦ 消化器系がん検査 (CEA) / 血液検査です  | 1,500円 |
| ⑧ 膵臓・胆道がん検査 (CA19-9) / 血液検査です  | 2,000円 |
| ⑨ 卵巣がん検査 (CA125) / 血液検査です  | 2,000円 |
| ⑩ 胃がん検査 (ペプシノーゲン) / 血液検査です(バリウム検査ではありません)  | 2,500円 |
| ⑪ 眼底撮影検査/両眼の撮影   | 1,500円 |
| ⑫ 心不全マーカー検査 / 血液検査です(狭心症・心筋梗塞等)  | 2,500円 |
| ⑬ ヘリコバクター・ピロリ抗体検査 / 血液検査です(⑩胃がん検査との併用で、より詳細なABC検査ができます)  | 1,500円 |

\* 上記の検査項目以外に、裏面の検査と一緒に受診できる場合があります。

## FAX送信 0246-23-8859

### 2025年度 健康診断申込書

|     |      |    |    |
|-----|------|----|----|
| No. |      |    |    |
| 受付者 | FAX  | 郵便 | 窓口 |
|     | TEL( |    | )  |

|                |          |               |
|----------------|----------|---------------|
| 記入日            | 令和 年 月 日 | 保険証番号:90-0710 |
| 組合員氏名          |          |               |
| 住所<br>(結果票送付先) | 〒 ー      |               |
| 電話番号           |          |               |
| FAX番号          |          |               |
| 携帯番号           |          |               |

● 受診希望日に○印を記入してください。

● 受診希望日に○印を記入してください。

|  |          |        |  |          |        | 申込締切日   |
|--|----------|--------|--|----------|--------|---------|
|  | 1月28日（水） | 定員/10名 |  | 1月29日（木） | 定員/10名 | 1月9日（金） |
|  | 2月25日（水） | 定員/10名 |  | 2月26日（木） | 定員/10名 | 2月6日（金） |
|  | 3月25日（水） | 定員/10名 |  | 3月26日（木） | 定員/10名 | 3月6日（金） |

※上記以外の日で受診を希望する方は出張所にお問い合わせください。その際は一旦、全額自己負担となりますので後日、組合事務所で補助金の請求をお願いします。

● 受診する方の情報と、希望する検査項目に○印を記入してください。

|        |             |                               |                                       |                         |                         |                          |         |                            |                                 |           |
|--------|-------------|-------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|---------|----------------------------|---------------------------------|-----------|
| フリガナ   |             | お勧め<br>セットコース<br>①②③⑩<br>(無料) | お勧め<br>セットコース<br>①②③④⑩<br>(負担額1,000円) | ①<br>特定<br>健診<br>8,000円 | ②<br>労安<br>項目<br>1,000円 | ③<br>胸部<br>X線<br>2,000円  | ④<br>大腸 | ⑤<br>前立腺                   | ⑥<br>肝臓                         | ⑦<br>消化器系 |
| 受診者の氏名 |             |                               |                                       | ⑧<br>膵臓<br>胆道<br>2,000円 | ⑨<br>卵巣                 | ⑩<br>胃<br>(血液)<br>2,500円 | ⑪<br>眼底 | ⑫<br>心不全<br>マーカー<br>2,500円 | ⑬<br>ヘリコ(ク)ター<br>ピロリ菌<br>1,500円 | 自己<br>負担額 |
| 性別     | 男・女         |                               |                                       |                         |                         |                          |         |                            |                                 |           |
| 生年月日   | 昭和・平成 年 月 日 |                               |                                       |                         |                         |                          |         |                            |                                 |           |
| フリガナ   |             | お勧め<br>セットコース<br>①②③⑩<br>(無料) | お勧め<br>セットコース<br>①②③④⑩<br>(負担額1,000円) | ①<br>特定<br>健診<br>8,000円 | ②<br>労安<br>項目<br>1,000円 | ③<br>胸部<br>X線<br>2,000円  | ④<br>大腸 | ⑤<br>前立腺                   | ⑥<br>肝臓                         | ⑦<br>消化器系 |
| 受診者の氏名 |             |                               |                                       | ⑧<br>膵臓<br>胆道<br>2,000円 | ⑨<br>卵巣                 | ⑩<br>胃<br>(血液)<br>2,500円 | ⑪<br>眼底 | ⑫<br>心不全<br>マーカー<br>2,500円 | ⑬<br>ヘリコ(ク)ター<br>ピロリ菌<br>1,500円 | 自己<br>負担額 |
| 性別     | 男・女         |                               |                                       |                         |                         |                          |         |                            |                                 |           |
| 生年月日   | 昭和・平成 年 月 日 |                               |                                       |                         |                         |                          |         |                            |                                 |           |
| フリガナ   |             | お勧め<br>セットコース<br>①②③⑩<br>(無料) | お勧め<br>セットコース<br>①②③④⑩<br>(負担額1,000円) | ①<br>特定<br>健診<br>8,000円 | ②<br>労安<br>項目<br>1,000円 | ③<br>胸部<br>X線<br>2,000円  | ④<br>大腸 | ⑤<br>前立腺                   | ⑥<br>肝臓                         | ⑦<br>消化器系 |
| 受診者の氏名 |             |                               |                                       | ⑧<br>膵臓<br>胆道<br>2,000円 | ⑨<br>卵巣                 | ⑩<br>胃<br>(血液)<br>2,500円 | ⑪<br>眼底 | ⑫<br>心不全<br>マーカー<br>2,500円 | ⑬<br>ヘリコ(ク)ター<br>ピロリ菌<br>1,500円 | 自己<br>負担額 |
| 性別     | 男・女         |                               |                                       |                         |                         |                          |         |                            |                                 |           |
| 生年月日   | 昭和・平成 年 月 日 |                               |                                       |                         |                         |                          |         |                            |                                 |           |

☆中建国保加入の組合員本人と扶養家族(20歳～74歳まで)が補助対象ですので健康診断の受診をお願いします。

☆検査項目の詳細につきましては、左面をご覧ください。

☆先着順となっておりますので、お早目にお申し込みください。

上記の申込締切日までに組合へお申込ください。また、受診日の受付開始時間等は一週間前に郵送でお知らせします。

健診場所は【磐城中央病院 健診サロン】となります。〒971-8112 福島県いわき市小名浜南富岡字富士前41

申込先

中建国保福島県支部 いわき出張所

TEL.0246-23-8807  
FAX.0246-23-8859

個人で健康診断を受診された方は、補助金申請を組合事務所へ！！