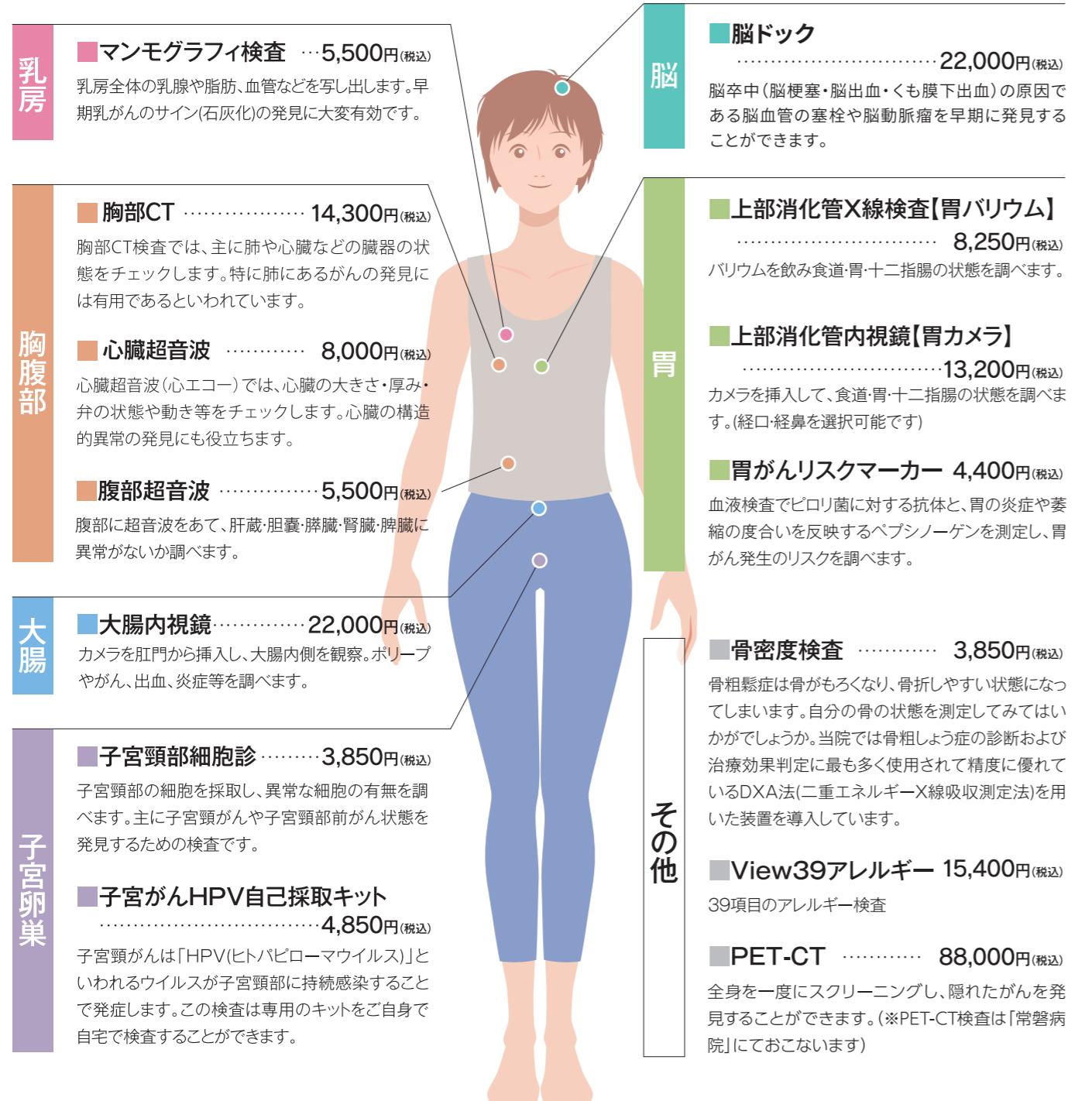


# ••••• おすすめ健康診断のご紹介 •••••

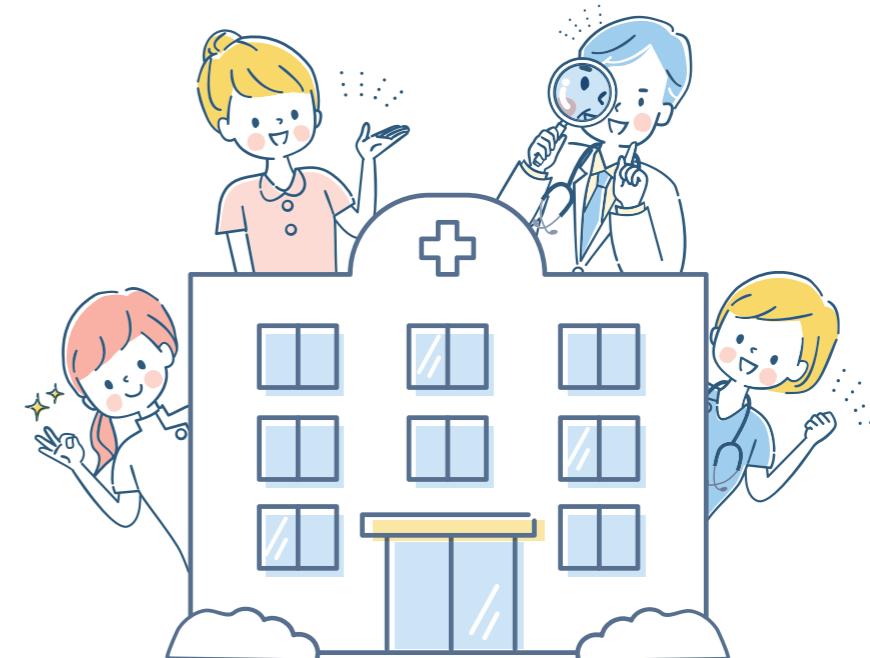
(集団健康診断と一緒に検査が可能な場合がございますので、事前にお申し込みください)



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

# 集団健康診断のお知らせ

令和8年 1月～3月



## 実施医療機関

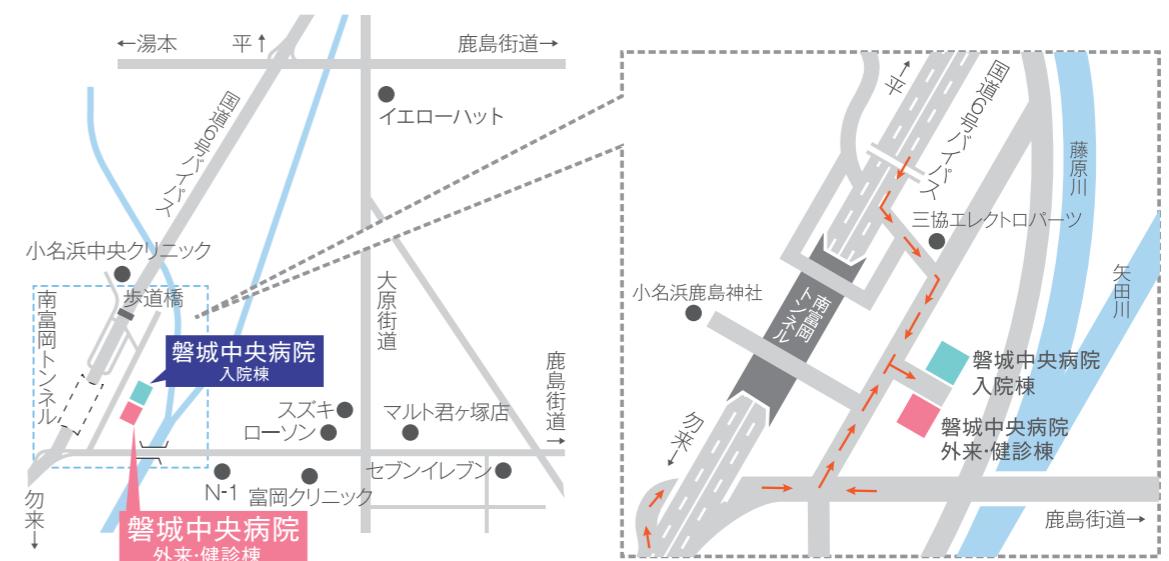


磐城中央病院 健診サロン

〒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)



「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。



# 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・脾機能) ○血圧測定 ○腹囲測定 ○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脾臓・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、裏面の検査が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 (結果票送付先)	〒 -	
電 話 番 号		
F A X 番 号		
携 帯 番 号		

- 受診希望日に○印を記入してください。

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

\*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！！