

中建国保にご加入の
組合員本人と
扶養家族(20~74歳)の
みなさまへ

集団健康診断の

おしらせ

実施機関

公益財団法人 福島県労働保健センター

スマホからも
お申し込み
できるよう
になりました！



令和8年
9月~12月

受付時間・採尿容器等は
受診日一週間前に郵送で
おしらせします
時間厳守でお願いします

New
受診した方に
ボックスティッシュ
プレゼント



- 節目年齢（今年度中 40・45・50・55・60・65・70 歳のお誕生日を迎える）の方は「人間ドック補助金」または「健康診断補助金」のいずれかを申請することができます。詳しくはいわき出張所へお問い合わせください。
- 個人で健康診断を受診された方は補助金を忘れずに！
- 健康家庭祝金は、年度内で保険証を使用しなかった世帯で、なおかつ組合員本人が健康診断を受診していることが必要です。

中建国保
の補助金

特定健診（基本健診）
胸部直接レントゲン撮影
がん検査

8,000円まで
2,000円まで
2,000円まで

最大補助金

12,000円

※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

おすすめセットコース（無料）

① 特定健診 + ②労働安全項目 + ③胸部レントゲン検査 + 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**

おすすめセットコース（自己負担額 1,000 円）

① 特定健診+②労働安全項目+③胸部レントゲン検査+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 ・血圧測定 ・腹囲測定 ・医師の診察（問診含む） ・尿検査（尿糖、尿蛋白、尿潜血）
・血液（血中脂質、肝機能、血糖、腎機能、尿酸、膵機能、総蛋白、アルブミン、A/G 比、尿素窒素、LH 比）

② 労働安全法追加項目

1,000円

* 建設現場等へ提出する方は必要な項目です。

・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

2,000円

* 建設現場等へ提出する方は必要な項目です。

（40 歳以上の組合員は「粉じん・アスベスト」による胸部の変化を専門医が無料で読影します）

④ 大 腸 が ん 検 査

1,000円

・健診日までに2回分を採便します。1回しか採便できなかった場合は、1回分でも結構です。

⑤ 前 立 腺 が ん 検 査

2,000円

⑥ 肝 臓 が ん 検 査

1,500円

⑦ 消 化 器 系 が ん 検 査

1,500円

⑧ 膵 臓 ・ 胆 道 が ん 検 査

2,000円

⑨ 卵 巣 が ん 検 査

2,000円

⑩ 胃 が ん 検 査

2,500円

⑪ 眼 底 撮 影 検 査

1,500円

⑫ 心 不 全 マ ー カ ー 検 査

2,500円

⑬ ヘリコバクター・ヒ・ロリ抗体検査

1,500円

⑭ 指 定 食 塩 摂 取 量

500円

⑮ 就 業 可 否 の 医 師 意 見

550円

【申込先】 中建国保福島県支部 いわき出張所
FAX:0246-23-8859 TEL:0246-23-8807

QRコードより
web申込も可能です



令和8年度健康診断申込書

NO.

受付者

FAX web 窓口

TEL ()

記入日	月 日	保険証番号	90-0710
住所 (結果票送付先)	〒 - いわき市		
組合員氏名	携帯番号		
電話番号	FAX番号		

希望日に○を付けて下さい・先着申込順	定員	健診日	会場	所在地・TEL	申込締切
	80	9月6日(日)	勿来市民会館	錦町上川田21(62-3145)	8/19(水)
	10	10月19日(月)	好間健診プラザ	好間工業団地27-7(84-6602)	9/30(水)
	10	10月26日(月)			10/7(水)
	80	11月15日(日)	小名浜市民会館	小名浜愛宕上6-1(54-9174)	10/28(水)
	150	12月20日(日)	いわき新舞子ハイツ	平下高久字南谷地16-4(39-3801)	12/2(水)
	80	12月21日(月)	好間健診プラザ	好間工業団地27-7(84-6602)	

10/19・10/26は一般の方と合同になります。

申込締切日までにいわき出張所へお申込みください。 **今年度すでに受診された方は対象外です**

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		性別	おすすめ セットコース ①②③⑩ (無料)	おすすめ セットコース ①②③④⑩ (負担額1,000円)	① 特定健診 8,000円	※心電図 ② 労安項目 1,000円	③ 胸部X線 2,000円	自己負担額 円
受診者氏名		男 女						
生年月日	昭和・平成 年 月 日							

がん検査項目							追加検査項目				
④ 大腸 1,000円	⑤ 前立腺 2,000円	⑥ 肝臓 1,500円	⑦ 消化器 1,500円	⑧ 膵臓 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 2,500円	⑬ ヘリコバクター ビロ菌 1,500円	⑭ 指定食塩 摂取量 500円	⑮ 就業可否 医師意見 550円

フリガナ		性別	おすすめ セットコース ①②③⑩ (無料)	おすすめ セットコース ①②③④⑩ (負担額1,000円)	① 特定健診 8,000円	※心電図 ② 労安項目 1,000円	③ 胸部X線 2,000円	自己負担額 円
受診者氏名		男 女						
生年月日	昭和・平成 年 月 日							

がん検査項目							追加検査項目				
④ 大腸 1,000円	⑤ 前立腺 2,000円	⑥ 肝臓 1,500円	⑦ 消化器 1,500円	⑧ 膵臓 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 2,500円	⑬ ヘリコバクター ビロ菌 1,500円	⑭ 指定食塩 摂取量 500円	⑮ 就業可否 医師意見 550円

フリガナ		性別	おすすめ セットコース ①②③⑩ (無料)	おすすめ セットコース ①②③④⑩ (負担額1,000円)	① 特定健診 8,000円	※心電図 ② 労安項目 1,000円	③ 胸部X線 2,000円	自己負担額 円
受診者氏名		男 女						
生年月日	昭和・平成 年 月 日							

がん検査項目							追加検査項目				
④ 大腸 1,000円	⑤ 前立腺 2,000円	⑥ 肝臓 1,500円	⑦ 消化器 1,500円	⑧ 膵臓 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 2,500円	⑬ ヘリコバクター ビロ菌 1,500円	⑭ 指定食塩 摂取量 500円	⑮ 就業可否 医師意見 550円

個別で健康診断を受けた方は補助金申請をお忘れなく

※年度に一度は健康診断を受診しましょう！

会社名の領収書
でも大丈夫？

会社名の領収書でも
申請できます。
お問い合わせください

申請に必要なものは？

- ・領収書（原本）
- ・結果表（写）
- ・問診票（40歳以上のみ）
※問診票は裏面

健康診断補助金の 申請はお済みですか？

個人で健康診断を受診された方へ

いくら戻るの？

受診項目によって
最高12000円まで
基本健診8000円
胸部レントゲン2000円
がん健診2000円

中建国保の
扶養家族も対象？

中建国保の扶養に
なっている20歳以上の
ご家族も対象です



**個人で健康診断を受けた場合、
費用の補助金が受けられます**

※組合の集団健康診断を受けた方は対象外です
(集団健診のときにすでに補助金を使っているため)

いわきウイング建設組合
中建国保いわき出張所

[所在地] 〒970-8026 いわき市平字三倉36-2
[TEL] 0246-23-8807
[メール] zksr.iwaki@kensetufukushima.gr.jp

