

令和6年度 宇都宮法人会 1日人間ドックのご案内

会員の皆様へ

今年度も福利厚生の一環として、「1日人間ドック」をご利用できます。

会員の皆様も日々忙しい生活を送られていると思いますが、健康な身体は充実した社会生活を送るための基本です。

この機会に「1日人間ドック」をご受診いただき、ご自分の健康状態をチェックして、明日への生活の活力にしていいただければと考えております。検査項目も充実しております。

基本コースの内容

※下記の検査項目が検査機関によっては、異なる場合がございます。
詳しくは、各検査機関にご確認ください。

- | | |
|--------------------------------------|---|
| (1) 身長・体重・体脂肪・腹囲 | (2) 視力・眼底・眼圧・聴力 |
| (3) 血圧・心電図 | (4) 肝機能 (AST、ALT、 γ -GTP、LDH、ALP、総ビリルビン) |
| (5) ウイルス性肝炎 (HBS抗原、HCV抗体検査) | (6) 血清蛋白 (総蛋白、アルブミン、A/G比) |
| (7) 膵機能 (血清アミラーゼ) | (8) 糖代謝 (尿糖、空腹時血糖、HbA1c) |
| (9) 脂質代謝 (TC、HDL-C、LDL-C、TG) | (10) 尿酸 |
| (11) 血液一般 (RBC、HB、HT、WBC、血液像、PLT) | (12) 腎機能 (BUN、CRE) |
| (13) 尿検査 | (14) 免疫 (梅毒2法、CRP、RF) |
| (15) 呼吸器検査 | (16) 消化管検査 |
| (17) 腹部超音波検査 | (18) 診察 |
| (19) 結果説明・指導 | |

検査機関及び検査料金(税込)

※法人会特別料金(一法人5名まで)

| ●基本コース | 費用(税込価格) |
|--|----------|
| ・(公財) 栃木県保健衛生事業団 宇都宮市駒生町3337-1 (とちぎ健康の森3F) TEL 028-623-8282 | 40,670円 |
| ・(医) 北斗会 宇都宮東病院 健診センター 宇都宮市平出町368-8 TEL 028-683-5771 | 41,000円 |
| ・(医) 富士見会 ミヤ健康クリニック 宇都宮市ゆいの杜3-2-23 TEL 028-667-8181 | 39,393円 |
| ・(医) 中山会 宇都宮記念病院 総合健診センター 宇都宮市大通り1-3-16 TEL 0570-077831 | 41,000円 |
| ・(医) 宇都宮セントラルクリニック 宇都宮市屋板町561-3 TEL 028-657-7302 | 39,930円 |

オプション検査は、各病院にてご相談ください。

人間ドックのお申込み方法 ※受診予約前に必ずお申込みください

受診申込書に必要事項を記入していただき、宇都宮法人会事務局まで郵送又はFAXでお申込みください。受診希望者が3名を超える事業所様は受診申込書をコピーしてご利用ください。

- 申込み 宇都宮法人会事務局へ郵送又はFAXしてください
受付期間 令和7年3月末迄
受診期間 令和7年3月31日迄 受診者数枠 300名(定員になり次第受付を終了致します)
- 申込み先 〒320-0857 宇都宮市鶴田2-21-14 (公社)宇都宮法人会
TEL 028-648-9466 FAX 028-648-9468
- 日程調整 各受診機関と健診日程についてご相談ください
受診日決定後、受診票に必要事項を記入し、健診器材とともに持参し、受付してください
- 健診結果 約10日後に各個人宛に厳封にて結果書が各受診機関より送付されます

2人に1人が「がん」に罹患すると言われる今

「がん」が気になる方におすすめです

宇都宮法人会会員様限定コースです

1. 「がん」をしっかり調べたい方は→→→総合がんPETドック

全身の疾病(特にがんの有無)について、PET-CTに追加してMR・CT・超音波・血液検査・腫瘍マーカー等を取り入れ、総合的に詳しく検査します。

通常 ¥231,000 → 宇都宮法人会会員様価格 ¥187,000 (税込)

2. 「がん」が気になる方は→→→がんPETドック

全身のがんスクリーニングを行える検査です。すでに健診を受けた方におすすめです。

通常 ¥176,000 → 宇都宮法人会会員様価格 ¥154,000 (税込)

検査機関 宇都宮セントラルクリニック 月~土 9:00~16:00 (祝日除く)

きりとり線

(公社) 宇都宮法人会 行 FAX 028-648-9468

「人間ドック」受診申込書

| | | | |
|---------------------------|--|---|-------|
| 事業所名 | | | |
| 所在地 | (〒 -) | | |
| 電話番号 | - | - | ご担当者様 |
| 受診機関 希望する病院に○をつけてください。 | <input type="checkbox"/> 栃木県保健衛生事業団 <input type="checkbox"/> ミヤ健康クリニック <input type="checkbox"/> 宇都宮セントラルクリニック(人間ドック/総合がんPETドック/がんPETドック) | <input type="checkbox"/> 宇都宮東病院 <input type="checkbox"/> 宇都宮記念病院 | |

※協会けんぽを利用することにより、更に受診費用が安くなります。各病院にご相談ください。

健診受診予定者名

| | 氏名 | 生年月日 | 性別 | 受診希望月 | 協会けんぽ利用者希望欄 (希望者は○をつけてください) |
|---|----|--------------|-----|-------|--------------------------------|
| 1 | | S H 年 月 日 | 男・女 | R 年 月 | |
| 2 | | S H 年 月 日 | 男・女 | R 年 月 | |
| 3 | | S H 年 月 日 | 男・女 | R 年 月 | |