

# 令和6年度生活習慣病予防健診のご案内

会員企業の経営者・従業員の方々の健康を願って生活習慣病予防健診を福利厚生事業の柱として企画いたしました。会員の方であればどなた様でも受けられます。

健診項目も37項目と人間ドックと同程度であり、料金も2割程を補助しており格安となっております。

ぜひ、この機会に法人会の生活習慣病予防健診をお受けください。

## 健診会場

・(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

・(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

## 受付時間

9:00~11:30

## 受診料

14,050円(税込価格)

- ・協会けんぽを利用することにより、更に受診料が安くなります。
  - ・【胃部X線撮影】検査を省略した場合、受診料が下がるとともに法人会からの補助額も下がります。
- ※受診料については、各病院にご相談ください。

## 定員

一法人5名まで(より多くの会員企業にご活用頂くため、定員を変更しております)

※6名からは、受診料17,050円(税込価格)となります。

【健診の項目と内容】 ※下記項目が基本健診コースとなります

| 検査項目   | 検査内容                                 |
|--------|--------------------------------------|
| 身体計測他  | 身長・体重、肥満度、体脂肪率、視力、聴力(オーディオメーター)、腹囲   |
| 呼吸器検査  | 胸部X線撮影                               |
| 循環器検査  | 血圧、眼底(両眼)、安静時心電図                     |
| 診察     | 診察                                   |
| 糖尿病検査  | 尿糖、空腹時血糖、HbA1c                       |
| 貧血検査   | 赤血球数、白血球数、血色素量、ヘマトクリット値、血小板数         |
| 脂質代謝検査 | TC・TG・HDL-C、LDL-C                    |
| 肝機能検査  | AST、ALT、 $\gamma$ -GTP、ALP、LDH、血清総蛋白 |
| 腎機能検査  | 尿蛋白、尿潜血、クレアチニン、尿素窒素                  |
| 膵機能検査  | 血清アミラーゼ                              |
| 痛風検査   | 尿酸                                   |
| 消化器検査  | 胃部X線撮影、免疫便潜血反応検査(2日法)                |

**生活習慣病予防健診のお申込み方法****※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。

●受付期間 令和7年3月末迄

●受診者数枠 700名

●受診期間 令和7年3月31日迄

(定員になり次第受付を終了致します)

**申込先**

宇都宮法人会へ

〒320-0857 宇都宮市鶴田2-21-14

TEL 028-648-9466/FAX 028-648-9468

**日程調整**

宇都宮法人会へ受診申込書をご提出後、  
各受診機関と健診日程についてご相談ください。

**ファックス番号 028-648-9468**

きりとり線

**(公社) 宇都宮法人会 行 FAX 028-648-9468**  
**「生活習慣病予防健診」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<br>希望する病院に○をつけてください。 | <input type="radio"/> 宇都宮東病院 | <input type="radio"/> 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<br>利用者希望欄<br>(希望者は○をつけてください) |
|---|----|--------------|-----|-------|------------------------------------|
| 1 |    | S<br>H 年 月 日 | 男・女 | R 年 月 |                                    |
| 2 |    | S<br>H 年 月 日 | 男・女 | R 年 月 |                                    |
| 3 |    | S<br>H 年 月 日 | 男・女 | R 年 月 |                                    |
| 4 |    | S<br>H 年 月 日 | 男・女 | R 年 月 |                                    |
| 5 |    | S<br>H 年 月 日 | 男・女 | R 年 月 |                                    |

※補助の定員は、一法人5名です。(より多くの会員企業にご活用頂くため、定員を変更しております)