



ドック健診(生活習慣病健診) 定期健康診断のご案内

福利厚生の一環として、会員事業所の事業主・従業員の皆様と共済制度加入者の方々を対象に、ドック健診・定期健康診断を特別料金で実施いたします。

3ヶ月の健診期間(8月~10月:申込締切8月29日(金))がありますので、ぜひご利用ください。なお、消費税増税により受診料を一部変更しております。これからも多くの事業所様にご利用いただけるように実施してまいりますので、ご理解を賜りますようお願い申し上げます。

Aコース ドック健診 (生活習慣病健診)

検査項目

身体測定(身長・体重・腹囲)、血圧測定、聴力測定、視力測定、尿検査(糖・蛋白・潜血・ウロビリ)、血液検査(WBC・RBC・Hb・Ht・MCV・血小板・総蛋白・A/G比・ZTT・GOT・GPT・γ-GTP・AMY・クレアチニン・尿酸(UA)・尿素窒素(BUN)・T-ch・TG・HDL-ch・LDL-ch・ALP・GL・Hb-A1c・HBs抗原・HBs抗体)、心電図検査、胸部X線撮影、胃部X線撮影、眼底検査、大腸がん検診(便潜血検査2日法)、腹部超音波検査、医師診察

コース名	通常受診料		会員事業所の方	※会員事業所で共済加入の方のみ対象
	(一財)近畿健康管理センター			
Aコース(ドック健診)		23,660円	12,400円	9,200円
付加健診	前立腺がん検診 (男性50才以上にお勧め)	2,570円	1,500円	1,000円
	乳がん検診 超音波断層撮影 (女性の40才未満にお勧め)	5,650円	3,000円	2,000円
	マンモグラフィ撮影 (1方向・女性50才以上)	5,960円	3,000円	2,000円
	マンモグラフィ撮影 (2方向・女性40才代の方)	6,890円	3,500円	2,500円

Bコース 定期健康診断

検査項目

身体測定(身長・体重・腹囲)、血圧測定、聴力測定、視力測定、尿検査(糖・蛋白・潜血)、血液検査(WBC・RBC・Hb・Ht・MCV・GOT・GPT・γ-GTP・LDL-ch・TG・HDL-ch・GL、Hb-A1c)心電図検査、胸部X線撮影、医師診察

コース名	通常受診料		会員事業所の方	※会員事業所で共済加入の方のみ対象
	(一財)近畿健康管理センター	(公財)三重県健康管理事業センター		
Bコース(定期健康診断)	9,670円	8,208円	5,600円	3,600円
付加健診	前立腺がん検診 (男性50才以上にお勧め)	2,570円	1,500円	1,000円

※津商工会議所共済制度【アクサ生命保険(株)】の保険等に加入されてみえる人

健診場所

(一財)近畿健康管理センター(KKC)

津市納所町42-1

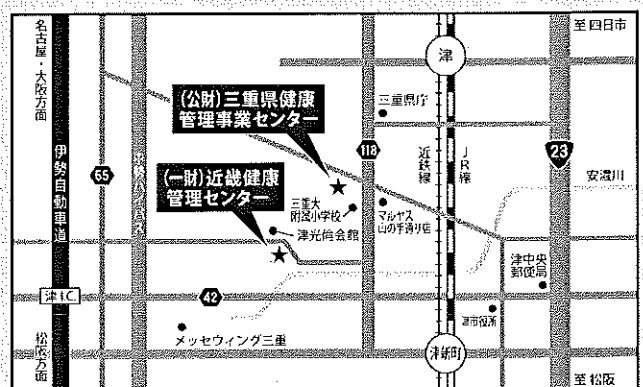
TEL:059-225-7426

(予約変更は 050-3541-2266)

(公財)三重県健康管理事業センター(サンテ)

津市観音寺町字東浦446-30

TEL:059-228-4502



申込方法

☆下記申込書に必要事項をご記入いただき、**FAX(059-228-1217)**もしくは**郵送(津市丸之内29-14 津商工会議所 共済課)**でお申し込みください。

☆料金を記入し、折り返しFAXします。

☆健診センターよりご担当者様へ電話をさせていただき日時の調整をします。

健診期間 8月～10月(3ヶ月間)

☆各健診センターから申込者に受診票などが送付されます。

☆受診料(受診者負担分)は、健診当日に直接健診センターへお支払いください。

☆受診していただいた後、検査結果が送られてきます。

※申込締切 **8月29日(金)17時30分まで**

ご注意!

実施受診期間は 8月～10月の間です。それ以外の月に受診されますと、
会員特別料金になりませんのでご注意ください。

お問合せ先

【津商工会議所 本所】

津市丸之内 29-14 TEL: 059-228-9141 担当/土方・長山

✂ きりとり

FAX:059-228-1217

平成 年 月 日

健康診断申込書

所在地 _____

事業所名 _____

T E L _____

F A X _____

担当者名 _____

※Aコースの健診場所は、
(一財)近畿健康管理センター(KKC)
のみです。

(フリガナ) 氏 名	生年月日	年齢 ※	希望 コース	付加健診の 有無	希望月	場所	この欄には記入しないでください。 会議所が記入し折り返しFAX致します。	
							共済加入	健診料金
	S・H 年 月 日		A ・ B	前立腺・超音波 マンモ1・マンモ2	8 ・ 9 ・ 10	サンテ ・ KKC	有 ・ 無	
	S・H 年 月 日		A ・ B	前立腺・超音波 マンモ1・マンモ2	8 ・ 9 ・ 10	サンテ ・ KKC	有 ・ 無	
	S・H 年 月 日		A ・ B	前立腺・超音波 マンモ1・マンモ2	8 ・ 9 ・ 10	サンテ ・ KKC	有 ・ 無	
	S・H 年 月 日		A ・ B	前立腺・超音波 マンモ1・マンモ2	8 ・ 9 ・ 10	サンテ ・ KKC	有 ・ 無	
	S・H 年 月 日		A ・ B	前立腺・超音波 マンモ1・マンモ2	8 ・ 9 ・ 10	サンテ ・ KKC	有 ・ 無	

※年齢は平成27年3月31日現在でご記入ください。

記入欄が不足の場合はコピーにて対応してください