

# 女性健診のご案内

## 土建国保に家族加入の組合員 はぜひ受診を！

子宮がん・乳がん検査受診できます(注:オプション検査のみの受診はできません!)

一般健診の内容

身長・体重・BMI(肥満度)・腹囲・視力・血圧・尿検査・診察・心電図・血液検査・胸部レントゲン・聴力

東京土建江戸川支部  
TEL: 03-3655-6448  
FAX: 03-3656-0959

日程 **1月19日(日)**

場所 **支部会館3階**

定員 **60人** 定員に達し次第  
申込終了します

(注)支部会館は駐車禁止

当日、支部1階はレントゲン車を配置するため、  
駐車ができません。自転車・バイクの駐輪は可能です。

受付 **午前9時～12時**

◎当日は健診センター及び  
案内係の指示に従って下さい

申込締切 **12月18日(水)支部必着**

注) **受診券と問診票記入の上、  
持参して下さい**

### 料金表

[一般健診]  
土建国保加入の被保険者…………… 無料(注)年度内2回目は2,000円)  
土建国保未加入の組合員…………… 2,000円  
組合未加入の人…………… 10,000円

[オプション検査]

| 項目                  | 料金     |         |               |
|---------------------|--------|---------|---------------|
|                     | 土建国保加入 | 土建国保未加入 |               |
| 便潜血                 | 40歳以上  | 0円      | 1,000円 (大腸がん) |
|                     | 40歳未満  | 1,000円  |               |
| 乳がん検査<br>(マンモグラフィ)  | 40歳以上  | 1,000円  | 4,150円        |
|                     | 40歳未満  | 4,150円  |               |
| 子宮がん検査<br>(子宮頸部細胞診) | 20歳以上  | 500円    | 3,000円        |
|                     | 20歳未満  | 3,000円  |               |
| ペプシンゲン(胃がんリスクチェック)  | 3,500円 |         | (卵巣がん)        |
| ピロリ菌                | 1,500円 |         |               |
| CA125検査(血液)         | 3,000円 |         |               |
| じん肺検査結果証明書          | 2,000円 |         |               |

※「組合のみ」  
※「未加入」  
↑ ↑ ↑ ↑ ↑  
申込書の国保番号欄  
に記入すること

※オプション検査のみの受診はできません。  
※オプション検査料は当日会場でお支払いください。  
※未加入者も当日お支払ください。  
※胃のレントゲンは受診できません。

健診の問い合わせは  
芝健診センター  
渉外部 齋藤まで  
TEL 090-6923-5252

[申込] **必ず下記申込書で、事前に申し込んでください。**  
(12月18日支部必着。FAXでも可)

[準備] 当日持参する用紙・容器は「**芝健診センターより直接自宅に送付**」  
されます。

## 1/19(日)女性健診申込書

キリトリ  
【自宅住所】〒 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_

## 分会 群

※自宅以外に容器の送付を希望される方は、下記にご記入ください。  
【容器送付先住所】〒 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

組合番号 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

国保番号[91-08・ \_\_\_\_\_ ] ⇔ ※「組合のみ」「未加入」  
の場合はそれを記入

| 申込者氏名      | 性別 | 生年月日      | オプション検査(受けるものに○をする) |     |      |        |      |      |            |
|------------|----|-----------|---------------------|-----|------|--------|------|------|------------|
|            |    |           | 便潜血                 | 乳がん | 子宮がん | ペプシンゲン | ピロリ菌 | 卵巣がん | じん肺<br>証明書 |
| フリガナ<br>名前 | 女  | S・H 年 月 日 |                     |     |      |        |      |      |            |
| フリガナ<br>名前 | 女  | S・H 年 月 日 |                     |     |      |        |      |      |            |
| フリガナ<br>名前 | 女  | S・H 年 月 日 |                     |     |      |        |      |      |            |
| フリガナ<br>名前 | 女  | S・H 年 月 日 |                     |     |      |        |      |      |            |

※国保番号  
は領収書又は  
保険証を  
参照

※お手元に『受診券』があるかご確認ください。また受診券は、当日必ずご持参ください。(受診券がない場合、全額自己負担となります。)