



# 東京土建健康診断のご案内



- ★ 申込締切:5月22日(金)支部必着(但し定員に達し次第募集を終了します)
- ★ 足立支部会場の歯科健診は、会場の都合上 今回は実施しません。ご了承下さい。
- ★ 足立支部会場には保育室を用意しています。お子様連れでも是非お越しください

日程	会場名	定員	場所	受診可能オプション
中止	①北足立生協診療所			
中止	②鹿浜診療所			※2021年2月実施予定※
7月12日	④柳原病院	100人	千住曙町 35-1	全てのオプション
7月12日	⑤蒲原診療所	100人	東和 3-4-15	大腸・肺がん・前立腺・じん肺・有機溶剤
中止	⑥いずみ記念病院			
中止	⑦等潤病院			
7月12日	⑧足立支部会館	300人	梅島 1-2-26	全てのオプション
7月19日	⑨ライフサポートクリニック	100人	川口市弥平 4-6-24	全てのオプション

## ◆基本検診項目と料金◆ ◆オプション検査項目と料金◆

- 身体測定  
(身長・体重・肥満度・腹囲)
- 胸部レントゲン  
(および「じん肺」専門医の再読影)
- 心電図
- 視力
- 聴力
- 血液検査
- 尿検査
- 診察

- 土建国保加入者(年度1回目) 無料  
(年度2回目) 2,000円
- 組合のみ加入者.....2,000円
- 組合未加入者.....9,000円

● 胃部レントゲン	7,000円 3,000円(50才以上の土建国保加入者)
● 肺がん喀痰検査	3,500円
● 前立腺がん 腫瘍マーカー検査	2,000円 500円(50才以上の土建国保加入者)
● じん肺検査	2,000円
● 大腸がん検査	1,000円 無料(40才以上の土建国保加入者)
● 有機溶剤	3,000円
● 石綿	2,000円

**NEW !!**

全てのオプションを受診できる会場が新しく増えました!

## ◆当日の持ち物◆

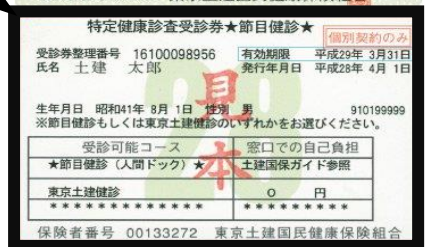
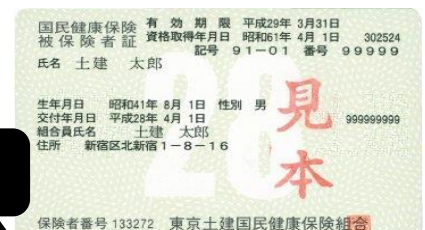
- ・問診票(受診日の3日前までに健診機関より届きます)
- ・健診受診券

※会場に駐車場はありませんのでご了承ください

## ◆申し込み方法◆

裏面の申込書と健診料金を添えて、4月、5月の群会議でお申し込みください。

健診受診券



**新型コロナウイルスの感染状況による、社会情勢の変化により、内容の変更や中止になる事があります。ご了承ください。**

①健康診査申込書(土建国保加入者) ※太枠内の全てをご記入ください

申込日	令和 年 月 日	分会	群	組合員番号	国保番号	01-
受診者① 氏名	フリガナ	受診希望会場	希望オプションに○			
生年月日	昭和・平成 年 月 日(才)		前立腺 2,000円(50歳以上500円) 胃レントゲン 7,000円(50歳以上3,000円) 肺がん 3,500円・大腸 1,000円(40歳以上無料) 有機溶剤 3,000円・じん肺 2,000円・石棉 2,000円	小計金額		円
住所	〒					
問診票送付先	〒 ※上記住所と同じ場合は記入不要		日中の連絡先	- -		
受診者② 家族氏名	フリガナ	受診希望会場	希望オプションに○			
生年月日	昭和・平成 年 月 日(才)		前立腺 2,000円(50歳以上500円) 胃レントゲン 7,000円(50歳以上3,000円) 肺がん 3,500円・大腸 1,000円(40歳以上無料) 有機溶剤 3,000円・じん肺 2,000円・石棉 2,000円	小計金額		円
受診者③ 家族氏名	フリガナ	受診希望会場	希望オプションに○			
生年月日	昭和・平成 年 月 日(才)		前立腺 2,000円(50歳以上500円) 胃レントゲン 7,000円(50歳以上3,000円) 肺がん 3,500円・大腸 1,000円(40歳以上無料) 有機溶剤 3,000円・じん肺 2,000円・石棉 2,000円	小計金額		円
合計金額						円

②健康診査申込書(組合のみ加入者) ※太枠内の全てをご記入ください

申込日	令和 年 月 日	分会	群	組合員番号	
受診者 氏名	フリガナ	受診希望会場	希望オプションに○		
生年月日	昭和・平成 年 月 日(才)		胃レントゲン 7,000円 肺がん 3,500円・大腸 1,000円・じん肺 2,000円 前立腺 2,000円・石棉 2,000円 有機溶剤 3,000円	金額 基本健診 2,000円 + 円	
住所	〒				
問診票送付先	〒 ※上記住所と同じ場合は記入不要				
日中の連絡先	-	-	合計金額	円	

③健康診査申込書(組合未加入者) ※太枠内の全てをご記入ください

申込日	令和 年 月 日	生年月日	昭和・平成 年 月 日(才)
受診者 氏名	フリガナ	受診希望会場	希望オプションに○
住所	〒		
問診票送付先	〒 ※上記住所と同じ場合は記入不要		
日中の連絡先	-	-	合計金額 円

年 月 日

仮領収書

様

金 円

但し 組合健康診査料金として上記の金額を正に受領しました。

足立区梅島 1-2-26

東京土建一般労働組合足立支部 分会 扱者