

無料受診は
年に1度のみ

レディース健診・集団健診のご案内

(インフルエンザ予防接種同時接種のご案内)



組合員の皆様におかれましては、益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、今年度2回目のレディース健康診断と集団健康診断が下記日程にて開催することとなりました。

今年度まだ受診されていない方はご自身の健康維持の為に、是非この機会に受診をお勧め致します。

	レ デ ィ ー ス 健 康 診 断	集 団 健 康 診 断
対 象 者	16歳以上の 女性	16歳以上の方
日 時	令和7年11月30日(日)	
	8:00~9:00	10:00~11:00
	ご家族と一緒に受診される方は9時~10時です。ご希望の方は申込書に○をつけて下さい。	
会 場	医療法人一誠会 はらだ内科内視鏡健診クリニック 旭川市1条通16丁目右7号 / TEL(0166)25-6000 ※令和6年6月~ はらだ病院が名称変更	
検 査 項 目	裏面に記載	
検 査	無 料 当組合が全額負担。オプション検査分は有料ですが、40歳以上の方は補助金申請(年度内1回)ができます。当日院内にて申請もできます。	



◎4月以降人間ドック申請・健康診断を受診された方は対象とならない場合がありますので、お問い合わせ下さい。

◎締切日が受診日間際のため、受診票のお届けが受診日1週間前を切る場合がございます。

◎次回のレディース健康診断・集団健診開催日はR8年2月8日(日)今年度最後になります。

《インフルエンザ予防接種同時接種のご案内》

健康診断受診後ご希望の方全員を対象にインフルエンザ予防接種を行います。当日接種料3,300円(旭川市内の65歳以上の方は1,510円)をお支払いただきますが、補助金制度のご利用で全額補助が受けられます。当日補助金申請が可能です。接種希望の方は健診申込書にご記入下さい。

<健診申込書>

[申込み締切り 令和7年11月14日(金)] ※締切日厳守

ご希望の健診に○をつけてください		レ デ ィ ー ス 健 康 診 断	集 団 健 康 診 断
保険証番号	3 6	家族で受診を希望される方は○をつけてください	する
名 前	オプション検査 (希望する項目に○をつけてください) B型肝炎(¥2,200)・C型肝炎(¥2,750)・PSA(¥2,200)・※CEA(¥1,430) C A 1 9 - 9 (¥1,870)・ヘリコバクターピロリIg-G (¥1,925) NT-proBNP検査(¥2,200)・リウマチ検査(¥1,540) 一般はコースに含む		
生 年 月 日	昭・平 年 月 日		
住 所	〒 () 電 話 ()	インフルエンザ 予 防 接 種	する・しない
ご希望の健診に○をつけてください		レ デ ィ ー ス 健 康 診 断	集 団 健 康 診 断
保険証番号	3 6	家族で受診を希望される方は○をつけてください	する
名 前	オプション検査 (希望する項目に○をつけてください) B型肝炎(¥2,200)・C型肝炎(¥2,750)・PSA(¥2,200)・※CEA(¥1,430) C A 1 9 - 9 (¥1,870)・ヘリコバクターピロリIg-G (¥1,925) NT-proBNP検査(¥2,200)・リウマチ検査(¥1,540) 一般はコースに含む		
生 年 月 日	昭・平 年 月 日		
住 所	〒 () 電 話 ()	インフルエンザ 予 防 接 種	する・しない

【申込先】 建設連合国民健康保険組合 旭川支部

TEL 0166-52-2845 / FAX 0166-53-7162 / Eメール kr2845@waltz.ocn.ne.jp

《Eメール申込方法》 件名は「11月30日レディース健診」又は「11月30日集団健診」として下さい。他の件名では開封しません。

☆記入事項 ① 36で始まる被保険者番号 ② お名前 ③ ご住所 ④ 生年月日 ⑤ 電話番号 を必ず入力し、

ご家族での受診・オプション検査・同時インフルエンザ予防接種をご希望の方はその旨を入力して下さい。

メールの申込は
こちらから⇒

