２０２２年度　東京土建小平東村山支部　健康診断

集団健康診断のご案内

２０２２年度最後の集団健康診断を開催します。感染症対策のため、定員の削減などを行ったうえでの実施になります。受診を希望される方は早めの申し込みをお願いします。

健診日程	実施医療機関	定員	申し込み締切り
3月 5 日(日)	・みその診療所	（100 人）	2 月 24 日（金）
3 月 19 日(日)	・北多摩生協診療所	（180 人）	3 月 9 日（木）

◎みその診療所：小平市美園町 1-2-16（℡:042-342-7270）
◎北多摩生協診療所：東村山市本町 4-2-32（℡:042-393-5903）

※医療機関から指定された時間以外の受診はできません。必ず指定された時間内での受診をお願いします。

※会場に駐車場はありません。電車・バス等を利用しての来場をお願いします。

※新型コロナウイルス感染症のまん延状況によっては、開催を見送る場合があります。

【費　用】 組合員と土建国保加入のご家族(19歳以上)は無料
　　オプション料金など詳細は裏面をご参照ください。
【申込み】 ①裏面の申込書を記入しFAXする【042-342-2848】
　　②支部HPから申し込む【ネット検索または右の QR コード】
【対　象】 組合員と19歳以上の組合員家族など
【定　員】 100人または180人(定員になり次第、締切ります)

支部ホームページ　支部ホームページ　支部ホームページ　支部ホームページ

【ご注意ください】

●感染症予防対策のため、右記のお願いをしっかり守っての受診をお願いします。
●土建国保の契約機関（国保ガイド参照）で受けた場合に年１回の補助があります。
●健康診断を受ける時には「健康保険証に綴られている健康診査受診券」が必要です。保険証と一緒にみなさんにお渡ししていますので、必ず「受診券」をお持ちください。
●受診券は裏面のチェックを入れたうえで、当日会場にお持ちください。
●節目健診（４０歳から５歳刻み）の方は人間ドックと健康診断の両方は受けられません。

↓東京土建国保に加入されている方へ↓

※健康診査受診券を必ずお持ち下さい※

※健康診査受診券を必ずお持ち下さい※

↑東京土建国保に加入されている方へ↑

集団健診に参加される方へ３つのお願い

☆《時間厳守で健診参加を》
受診時刻は医療機関から問診票の送付と併せて指定されますので、必ず指定された時刻での受診をお願いします。
※３０分毎で一定の人数で受診していただくことで３密を避けます。

☆《マスク着用で参加を》
集団健診参加時には、マスク着用をお願いします。自分はもちろん、周りの方のためにもよろしくお願いいたします。

☆《会場では医療機関の指示に従ってください》
受診時刻の厳守はもちろん、アルコール消毒や周りの方との距離の取り方など医療機関の指示に従ってください。円滑な健診受診のためにご協力をお願いします。
※受診前に検温を実施し体温が３７．５℃以上の場合受診をお断りします。

≪　診療所ごとの健診内容　≫（組合員・家族共通）

★身体測定★内科診療★検尿★心電図★胸部レントゲン★視力★聴力★血圧★採血
★大腸ガン（４０歳以上の土建国保被保険者のみ基本健診に含まれます。）

オプションなどの料金について	みその診療所	北多摩診療所
基本健診（土建国保・組合に加入していない方）	9500	9500
胃レントゲン直接撮影＊注１	不開催	7000 （3000）
前立腺＊注１	1500（500）	1500（500）
腹部ガン（血液検査＊２）	3500	3500
大腸ガン＊注３	1200	1200

＊注１　カッコ内は土建国保加入者で 50 歳以上の方の金額です。
＊注２　腫瘍マーカーＣＥＡ（消化器系）・ＣＡ１９-９（すい臓がん）採血２項目
＊注３　土建国保加入者で 40 歳以上の方は基本健診の項目に含まれています。（無料）
⇒オプション費用は当日現金にてお支払いをお願いいたします。

当日の受付時間は「問診表とあわせて」ご報告いたします。

受診される方は、決められた時間に受付をお願いします。指定された時間以外で来場された方は、受診をお断りする可能性があります。

組合使用欄
受付日 /
受付者

2022年度 集団健診 申込書

申し込み日　　年　　月　　日

※ 申し込みに対して1人1枚記入してください。

オプション料金のお支払いは健診受診
当日医療機関窓口でお願いします。

東京土建　小平東村山支部
TEL 042-342-2846
FAX 042-342-2848

分会	フリガナ / 氏名	組合員(○印) 本人 / 家族	年齢 歳	生年月日 昭和・平成 年 月 日	性別 男・女
住所 TEL （ ）					

組合資格確認欄（○印を御願いします）		
土建国保（家族加入含）	組合のみ加入	組合未加入者
		※基本健診有料
土建国保加入者⇒	国保番号:91-34-（ ）	
	受診券番号:	

＊↑太枠部分は必ずご記入ください。一人一枚の記入をお願いします。

	日程	会場チェック○印	基本健診 ※土建国保・東京土建いずれも未加入の方	オプション（希望に○印を付けて申し込んでください）				合計金額
				胃レントゲン ＊注1	腹部がん	前立腺 ＊注2	大腸がん ＊注3	
みその	3/5		9500		3500	1500（500）	1200	円
北多摩生協	3/19		9500	7000（3000）	3500	1500（500）	1200	円

◎問診票等の郵送を上記住所以外へご希望の方はご記入ください⇒
・宛先名称【 】
・宛先住所【 】

＊注1　（ ）内の金額は土建国保加入者で50歳以上の方　［胃レントゲン］
＊注2　（ ）内の金額は土建国保加入者で50歳以上の方　［前立腺］
＊注3　土建国保加入者で40歳以上の方は無料。　［大腸ガン］
＊当日のトラブルを防止するため、申込締切日の厳守と一人１枚の申込書の記入をお願いします。
＊申込書が足りない場合には、お手数ですがコピーをとってご対応願います。

組合使用欄
No.

組合使用欄
受付日 /
受付者

2022年度 集団健診 申込書

申し込み日　　年　　月　　日

※ 申し込みに対して1人1枚記入してください。

東京土建　小平東村山支部
TEL 042-342-2846
FAX 042-342-2848

オプション料金のお支払いは健診受診
当日医療機関窓口でお願いします。

分会 / フリガナ / 氏名 / 組合員(○印) 本人 / 家族 / 年齢 歳 / 生年月日 昭和・平成 年 月 日 / 性別 男・女 / 住所 TEL （ ）

組合資格確認欄（○印を御願いします）
土建国保（家族加入含） / 組合のみ加入 / 組合未加入者 ※基本健診有料
土建国保加入者⇒ 国保番号:91-34-（ ） / 受診券番号:

＊↑太枠部分は必ずご記入ください。一人一枚の記入をお願いします。

	日程	会場チェック○印	基本健診 ※土建国保・東京土建いずれも未加入の方	オプション（希望に○印を付けて申し込んでください）				合計金額
				胃レントゲン ＊注1	腹部がん	前立腺 ＊注2	大腸がん ＊注3	
みその	3/5		9500		3500	1500（500）	1200	円
北多摩生協	3/19		9500	7000（3000）	3500	1500（500）	1200	円

◎問診票等の郵送を上記住所以外へご希望の方はご記入ください⇒
・宛先名称【 】
・宛先住所【 】

＊注1　（ ）内の金額は土建国保加入者で50歳以上の方　［胃レントゲン］
＊注2　（ ）内の金額は土建国保加入者で50歳以上の方　［前立腺］
＊注3　土建国保加入者で40歳以上の方は無料。　［大腸ガン］
＊当日のトラブルを防止するため、申込締切日の厳守と一人１枚の申込書の記入をお願いします。
＊申込書が足りない場合には、お手数ですがコピーをとってご対応願います。

組合使用欄
No.