

# 集団健康診断のご案内

2024年度の集団健康診断を開催します。1年度に1回の東京土建健診受診で、病気の予防・早期発見を心がけましょう。受診を希望の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
------	--------	----	---------

10月27日(日)・北多摩生協診療所	(200人)	10月17日(木)
--------------------	--------	-----------

11月17日(日)・みその診療所	(150人)	11月7日(木)
------------------	--------	----------

◎北多摩生協診療所：東村山市本町4-2-32 (Tel:042-393-5903)

◎みその診療所：小平市美園町1-2-16 (Tel:042-342-7270)

※必ず医療機関から指定された時間(午前中)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。

【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】  
※②は9月中旬以降の受付開始予定となります。

【対象】組合員と19歳以上の組合員家族など

【定員】150人または200人(定員になり次第、締切ります)



## 【ご注意ください】

- 円滑な運営のため、右記のお願いをしっかりと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※**

↓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※**

### 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分毎に一定人数が受診することで混雑を緩和します。



#### ☆《診療所内ではマスクの着用を》

医療機関で開催する集団健診への参加時には、引き続き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ご協力をお願いいたします。

#### ☆《会場では医療機関の指示に従ってください》

受診時刻の厳守をはじめ、健診会場では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。

## 《 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
胃レントゲン撮影検査*注1		7000 (3000)
前立腺*注1	1500 (500)	1500 (500)
腹部ガン（血液検査*注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）

### 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、指定された時間まで受診をお待ちいただきます。

支部記入欄

受付日  
受付者

## 2024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  
FAX 042-342-2848  
TEL 042-342-2846オプシヨ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。

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

\* ↑ 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。

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

日程	会場 〒 ○印	基本健診 ※土建国保・東京土建 いずれも未加入の方	オプシヨン (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	前立腺 *注2			
北多摩生協	10/27	9500	7000 (3000)	腹部がん 大腸がん *注3	1500 (500)	1200	円
みその	11/17	9500			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.

支店記入欄

受付日

受付者

## 2024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  
FAX 042-342-2848  
TEL 042-342-2846オプシヨン料金のお支払いは健診受診  
当日医療機関窓口をお願いします。

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

\* ↑ 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。

土建国保 (家族加入含)	組合のみ加入	組合未加入者
土建国保 加入者⇒	国保番号:91-34-	( )
※基本健診有料		

日程	会場 〒 ○印	基本健診 ※土建国保・東京土建 いずれも未加入の方	オプシヨン (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	前立腺 *注2		
北多摩生協	10/27	9500	7000 (3000)	腹部がん 大腸がん *注3	1500 (500) 1200	円
みその	11/17	9500			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.