

集団健康診断のご案内

2025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
5月18日(日)	・みその診療所	(180人)	5/8(木)
6月1日(日)	・北多摩生協診療所	(200人)	5/22(木)
6月15日(日)	・みその診療所	(180人)	6/5(木)

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

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

※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。

※北多摩生協診療所では、お子さんが待機できる部屋を用意しています。

【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【WEB検索または右のQRコード】
※②は4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】 180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。
- 健診の受診時には「資格確認書等に綴られている健康診査受診券」が必要です。資格確認書等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。



☆《マスク着用で参加を》

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
乳がん健診(マンモグラフィー) 6/1のみ *注4		0~6500

*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)

*注4 40歳以上の土建国保加入者は無料

上記以外の主婦の会会員は2000円・非会員は6500円

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

2025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

オプショナル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
	本人	年 月 日	男・女
	家族	歳	男・女
住所	TEL () () ()		

土建国保 加入者	組合資格確認欄(○印を御願います)	組合のみ 加入	組合未加入者	主婦の会員 ※乳がん検診受診者のみ
土建国保 加入者⇒	国保番号:91-34-	()	()	

* ↑ 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 〒177 〇印	基本健診				オプショナル (希望に○印を付けて申し込みください)				合計金額
		※土建国保・東京土建 いずれも未加入の方	胃レントゲン *注1	腹部がん	前立腺 *注2	大腸がん *注3	乳がん健診 *注4	2000 6500		
みその	5/18	9500	3500	1500 (500)	1200	0	2000 6500		円	
北多摩生協	6/1	9500	7000 (3000)	3500	1500 (500)	1200	0		円	
みその	6/15	9500		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。 [大腸がん]
- *注4 土建国保加入者で40歳以上の方は無料
上記以外の方で主婦の会員の方2000円、会員でない方6500円 [乳がん]
- *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.

支部記入欄

受付日 /
受付者

2025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

オプショナル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
	本人	年 月 日	男・女
	家族	歳	男・女
住所	TEL () () ()		

土建国保 加入者	組合資格確認欄(○印を御願います)	組合のみ 加入	組合未加入者	主婦の会員 ※乳がん検診受診者のみ
土建国保 加入者⇒	国保番号:91-34-	()	()	

* ↑ 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 〒177 〇印	基本健診				オプショナル (希望に○印を付けて申し込みください)				合計金額
		※土建国保・東京土建 いずれも未加入の方	胃レントゲン *注1	腹部がん	前立腺 *注2	大腸がん *注3	乳がん健診 *注4	2000 6500		
みその	5/18	9500	3500	1500 (500)	1200	0	2000 6500		円	
北多摩生協	6/1	9500	7000 (3000)	3500	1500 (500)	1200	0		円	
みその	6/15	9500		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。 [大腸がん]
- *注4 土建国保加入者で40歳以上の方は無料
上記以外の方で主婦の会員の方2000円、会員でない方6500円 [乳がん]
- *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.