

## \\ お知らせ //

下記の病院では商工会議所会員向け料金がございます。  
どうぞご利用下さい。

那覇商工会議所『生命共済』に加入されている方には**1,000円割引**いたします

実施期間:令和元年11月1日(金)~令和2年2月28日(金)

検査項目は病院施設によって異なります。下記検査項目はご参考です。

### 沖縄セントラル病院

那覇市与儀1-26-6 TEL.854-5541 (内線223・227)

#### Aコース

料金 6,600円 (消費税込)

- ①身長・体重測定、腹囲測定 ②視力及び聴力の検査 ③胸部X線検査  
④血圧の測定 ⑤血液検査(貧血・肝機能・血中脂質・血糖)  
⑥尿検査(尿中の糖及び蛋白の有無) ⑦心電図検査 ⑧問診(医師による)

●胃部X線検査 6,000円(消費税別途) ●大腸がん検査 1,000円(消費税別途)

※その他各種オプション検査あります。

#### Bコース

料金 7,169円 (消費税込)

上記Aコース①~⑧に加えて、

- ⑤血液検査内(ALP肝機能、尿酸値、総コレステロール(脂質))  
⑨胃部X線検査(バリウム) ⑩大腸がん検査(便潜血2日法)※後日提出はできません  
(全国保険協会生活習慣病予防健診)、その他各種オプション検査あります

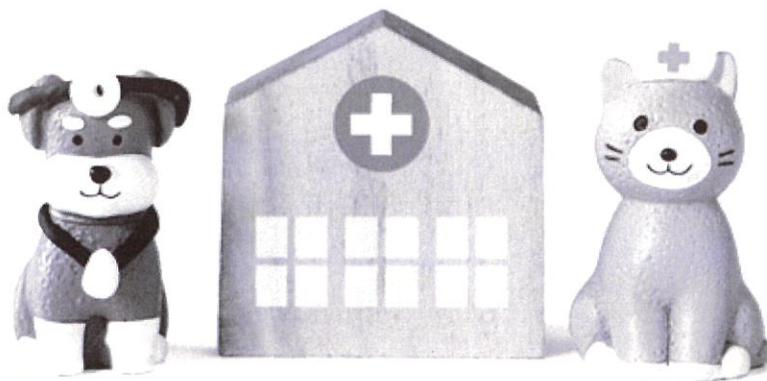
※Bコースは協会けんぽ生活習慣病予防健診のため、別途、全国健康保険協会(協会けんぽ)へのお申込みが必要です。

#### 【病院施設へお申込みの場合】

申込書が異なりますのでご確認のうえ、お申込み下さい。

別紙申込書に必要事項をご記入の上、10月16日(水)~2月28日(金)迄にFAXにて直接お問い合わせ・お申込み下さい。

追って指定の病院よりご連絡致します。検診料は、受診された病院より後日請求となります。『生命共済』にご加入されている方へは受診された後日、那覇商工会議所より還付致します。





# 沖縄セントラル病院用 申込書

宛先：沖縄セントラル病院

【那覇商工会議所】

TEL：098-854-5541 FAX：098-836-6914

令和 年 月 日

事業所名	ふりがな	代表者名	ふりがな
所在地	〒		
TEL		FAX	担当者名：

No.	ふりがな 申込者氏名	生年月日 (年齢)	性別	コース	オプション(希望者のみ) ○印をつけてください	共済加入	希望日
1		年 月 日 ( 歳)	男・女	A	胃部×線・大腸がん		第1希望 月 日( )
				B	—		第2希望 月 日( )
2		年 月 日 ( 歳)	男・女	A	胃部×線・大腸がん		第1希望 月 日( )
				B	—		第2希望 月 日( )
3		年 月 日 ( 歳)	男・女	A	胃部×線・大腸がん		第1希望 月 日( )
				B	—		第2希望 月 日( )
4		年 月 日 ( 歳)	男・女	A	胃部×線・大腸がん		第1希望 月 日( )
				B	—		第2希望 月 日( )
5		年 月 日 ( 歳)	男・女	A	胃部×線・大腸がん		第1希望 月 日( )
				B	—		第2希望 月 日( )
6		年 月 日 ( 歳)	男・女	A	胃部×線・大腸がん		第1希望 月 日( )
				B	—		第2希望 月 日( )
7		年 月 日 ( 歳)	男・女	A	胃部×線・大腸がん		第1希望 月 日( )
				B	—		第2希望 月 日( )
8		年 月 日 ( 歳)	男・女	A	胃部×線・大腸がん		第1希望 月 日( )
				B	—		第2希望 月 日( )
9		年 月 日 ( 歳)	男・女	A	胃部×線・大腸がん		第1希望 月 日( )
				B	—		第2希望 月 日( )
10		年 月 日 ( 歳)	男・女	A	胃部×線・大腸がん		第1希望 月 日( )
				B	—		第2希望 月 日( )

生命共済加入者
人

※記入欄に必要事項をご記入の上、10月16日(水)～2月28日(金)迄にご希望の病院施設へFAXにてお申込ください。

※記入欄が足りない場合は、用紙をコピーしてお使いください。(お申込みの際は病院施設のお間違えがないようご確認をお願いします)

※Bコースをご希望される協会けんぽ加入事業者は、協会けんぽ(全国健康保険協会)への申込みが必要です。申込みがない場合は、全額事業所負担となります。※申込みについては、こちらの申込書と併せて協会けんぽ申込書(写)添付し申込み下さい。

※『生命共済』ご加入の方(ご本人)は○印を記入してください。受診後に那覇商工会議所より還付いたします。

※ご記入頂いた情報は、本事業にのみ使用します。