

ハガキに記入した健診日を忘れないために  
カレンダーに貼っておいてください。

第1希望	月	日	( )
会場No	会場名		
第2希望	月	日	( )
会場No	会場名		
第3希望	月	日	( )
会場No	会場名		

※特に連絡がない方は第1希望が健診日となります。  
健診日時約1週間前に必要な書類及び受付時間等の詳細をご自宅に送付いたします。  
※健診受診日に健保の資格を喪失された方は受診できません。

【個人情報保護について】

皆様の個人情報はこのたびの健診及びその後の保健指導にのみ使用いたします。また健診結果及び保健指導結果は所属される組合にも報告されます。取り扱いにおいては個人情報保護方針に基づき、細心の注意を払って管理に努めます。  
以上のことをご理解の上、健診にお申込みください。

お問い合わせ先  
株式会社あまの創健 健康管理共同事業連絡会 事務局  
電話 (052)930-8071

ハガキで申込まれる方は、  
裏面に必要事項をご記入の上、  
この切り取り線より切って  
ご投函ください。

郵便はがき

料金受取人払郵便

名古屋東局 承認

2292

461-8790

164

差出有効期間  
令和7年1月  
31日まで

●切手不要●

(受取人) 名古屋市東区泉二丁目20番20号

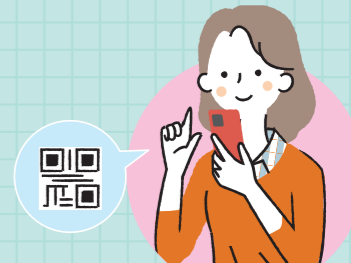
株式会社 あまの創健  
健康管理共同事業連絡会 事務局 行



2024年度

東海地区石油業健康保険組合

# 共同巡回健診のご案内



対象者

40歳以上74歳以下の被扶養者(女性)・被保険者本人(女性)

※受診日において、健保の資格を喪失された方は受診できませんのでご注意ください。

なお、資格のない方が受診された場合、健保から返還請求をしますので、ご了承ください。

※巡回健診を受診される方は、特定健診、成人病、人間ドック、集合契約及び巡回レディース健診と重複して補助ができませんのでご注意ください。

検査項目と  
個人負担(税込)

※詳しい検査内容については冊子P3~6をご覧ください。

基本検査  
【全員実施】

検査項目	個人負担
<ul style="list-style-type: none"> <li>●身体測定 ●腹囲測定 ●尿検査 ●血圧測定</li> <li>●血液検査 ●診察(40歳以上) ●心電図</li> <li>●眼底検査 ●腹部超音波検査</li> </ul> <small>※赤字で記載された検査は特定健康診査項目です。40歳以上の方は受診してください。</small>	<p>5,000円</p> <p>こんなにも 受けられて このお値段!</p>
<p>【がん検診】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●胸部レントゲン検査 ●胃部レントゲン検査 ●便潜血検査</li> </ul>	
<p>【婦人科がん検診】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●子宮頸部がん検査</li> <li>●乳がん検査 マンモグラフィ検査</li> </ul>	

オプション  
検査  
【希望者のみ】

検査項目	個人負担	検査項目	個人負担
【婦人科がん検診】 乳がん超音波検査追加	2,860円	甲状腺検査	2,178円
HPV検査 ※子宮頸部がん検査実施者のみ	3,960円	アレルギー検査(爪皮膚・ネコ皮膚・動物上皮(マルチ))	2,970円
眼圧検査	1,045円	シスタチンC検査	1,980円
骨密度測定	550円	腫瘍マーカーAFP	1,650円
B型肝炎検査	770円	腫瘍マーカーCA19-9	2,200円
C型肝炎検査	1,650円	腫瘍マーカーCEA	1,650円
ペプシノーゲン検査 ※胃部レントゲン未受診の方対象	1,100円	腫瘍マーカーSCC	1,650円
ピロリ菌抗体検査	2,200円	NT-proBNP検査(心不全マーカー)	2,200円
		卵巣がんリスク(CA125+HE4)	4,400円
		関節リウマチ(MMP-3)	1,650円

個人負担金の  
支払方法

コンビニ振込とします。(振込手数料無料)  
振込用紙は健診結果とともにお渡します。  
※後日、委託業者(株)あまの創健より振込確認をする場合もあります。

## ハガキのオプション検査記入例

乳がん  
超音波 マンモグラフィ

○

無料

マンモグラフィ検査は受けなくて  
超音波検査に変更される方

○印の項目は全員  
対象の項目です。  
(健保負担)

第1希望	第2希望	第3希望	検査項目	個人負担
No	No	No	がん	0円
No	No	No	子宮頸部がん	0円
No	No	No	HPV+子宮頸部がん	3,960円
No	No	No	腹部超音波	0円
No	No	No	胃レントゲン	0円
No	No	No	眼圧	1,045円
No	No	No	骨密度	550円
No	No	No	B型肝炎	770円
No	No	No	C型肝炎	1,650円
No	No	No	ピロリ菌	2,200円
No	No	No	甲状腺	2,178円
No	No	No	アレルギー	2,970円
No	No	No	シスタチンC	1,980円
No	No	No	AFP(肝臓)	1,650円
No	No	No	CA19-9(膵臓)	2,200円
No	No	No	CEA(消化器)	1,650円
No	No	No	SCC(肺癌)	1,650円
No	No	No	NT-proBNP(心不全)	2,200円
No	No	No	卵巣がんリスク(CA125+HE4)	4,400円
No	No	No	関節リウマチ(MMP-3)	1,650円

※訂正される場合は、修正テープをご使用にならないでください。  
(目隠しシールの粘着で修正テープがはがれるため)

オプション検査のため  
希望される方は、  
必ず○印を記入して  
ください。

■健診日の確認、変更、個人負担金支払方法等のお問い合わせ

☎(052)930-8071

(株)あまの創健 健康管理共同事業連絡会 事務局  
受付時間:日祝を除く月~土 9:00~16:00

! 直接のお電話でのご予約は承っておりません。