

P E T / C T マイクロアレイ D W I B S

検診のご案内

糸魚川法人会では、死亡原因の高い「がん」の早期発見のための検診費用の助成を行っていますので、健康づくりにご利用ください。

人間ドックのオプション検査として申し込むと便利です。

※令和7年度の助成人数は12人です。人数が超過した場合は調整させていただきます。

◆助成対象の検診

区 分	検査料金	備 考
P E T / C T 検査	概ね11万円	検診ができる医療機関で受診してください。なおJ A 長野厚生連長野PET・画像診断センターで受診する場合は、申込用紙は別にあります。
マイクロアレイ血液検査	7万円程度	糸魚川総合病院での受診に限り助成します。人間ドックオプション検査項目ですのでドック予約時に申し込んでください。
DWIBS（ドゥイブス）検査	5万円程度	検診ができる医療機関で受診してください。

※検診料金は各医療機関でご確認ください。

◆助成額 5,000円 ※助成は1会員につき1名です。

◆申込み方法

- ① ご本人から医療機関へ検診の申し込みを行う。
- ② 裏面の申込用紙を記入の上、FAXなどで法人会へご送付ください。
- ③ 法人会より助成金交付のご連絡をいたします。
- ④ 検診が終了したら領収書などの写しを提出ください。
- ⑤ 提出いただいた領収書等を確認した後、ご指定の口座へ助成金をお支払いします。

ご希望の方は裏面の申込書にご記入いただき、ご提出ください。

■申込み・問合せ先

公益社団法人 糸魚川法人会

〒941-8601

糸魚川市寺町2丁目8-16 糸魚川商工会議所内

☎ (025) 550-4011

FAX (025) 550-4010

PET/CT マイクロアレイ DWIBS (ドゥイブス)

検診助成申込書

受診される方の氏名		生年月日	
会社名		TEL	() -
		FAX	() -
		E-mail	
受診する検査 右の受診する検査を○印で表示してください。	PET/CT	マイクロアレイ	DWIBS (ドゥイブス)
受診する医療機関名			受診日
【助成金支払い口座】			
金融機関名			支店名
口座種別	普通 ・ 当座 *いずれかに○印をつけてください。	口座番号	
口座名義人	フリガナ		
	氏名		

※JA長野厚生連 長野PET・画像診断センターで受診される場合は別様式の申込書はでお申し込みください。

■ 申込み・問合せ先

公益社団法人 糸魚川法人会

〒941-8601

糸魚川市寺町2丁目8-16 糸魚川商工会議所内

☎ (025) 550-4011

FAX (025) 550-4010