

商工貯蓄共済加入者特典 PET/CTによるがん検診のご案内

▼ 詳しくはこちら ▼



企業の安定した経営には、従業員の健康への配慮が必要不可欠です。
従業員等への健康投資を行うことは従業員の活力向上や生産性の
向上等の組織の活性化をもたらし、結果的に業績向上が期待されます。
健康投資として、がんの早期発見・早期治療に役立つ
PET/CTがん検診を受診されてはいかがでしょうか？



仙台画像検診クリニック

<https://www.micjapan.or.jp/>

がん検診コース/主な検査内容	コース説明	所要時間	一般価格(税込)	商工貯蓄共済 加入者価格(税込)
PET/CTシンプルコース PET/CT(脳、体幹部)、肺がんCT	PET/CT検査のみのシンプルコース 人間ドックや一般健診などが終わっており 追加でがん検査を行いたい方へ推奨	約3時間	¥90,000	¥85,500
スタンダードコース PET/CT(脳、体幹部)、肺がんCT 超音波検査(腹部、骨盤、甲状腺) 腫瘍マーカー10種	がん検診と人間ドックを合わせた 総合検診コース PET/CTと腹部超音波検査付きで より詳しく調べたい方へ	約3.5時間	¥135,000	¥128,250
ハイコース PET/CT(体幹部、脳)、肺がんCT MRI(腹部、骨盤) 超音波検査(腹部、骨盤、甲状腺) 腫瘍マーカー10種	がん検診と人間ドックを合わせた 総合検診コース PET/CTと腹部超音波検査に MRI検査を追加	約4.5時間	¥190,000	¥180,500
フルコース PET/CT(体幹部、脳)、肺がんCT MRI(脳、腹部、骨盤) 超音波検査(腹部、骨盤、甲状腺、頸動脈) 腫瘍マーカー10種、動脈硬化リスク検査	がん検診+人間ドック+脳検査 脳と心臓についても詳しく検査することで 三大疾病の兆候を調べます。	約5時間	¥235,000	¥223,250
MRIコース MRI(腹部、骨盤) 超音波検査(腹部、骨盤、甲状腺) 腫瘍マーカー10種 胸部X線	がん検診と人間ドックを合わせた MRI総合検診コース 放射性物質を使用しない為被ばくが気 になる方、ご家庭に乳幼児のいる方に推奨	約2.5時間	¥95,000	¥90,250

加入者価格対象者/商工貯蓄共済加入者および被共済者と加入者のご家族
(加入者が法人の場合は役員および従業員)

申込方法/裏面の申込書に必要事項を記入の上、所属の商工会宛にFAXで申してください。
(申込先は「宮城県商工会連合会」ではなく、ご自身の所属する「県下各商工会」宛てとなります)

◎ オプション検査もご用意しております。詳細につきましてはホームページをご覧ください、お電話にてお問合せ下さい。

◎ 土・日・祝日の受診も可能です。希望日の2週間前～2ヶ月前にお申込み下さい。

※ 検診終了後、3～4週間ほどで検診結果をお送りします。



オプション検査の
詳細はこちら

(申し込みに関するお問い合わせ)

県下各商工会にお問い合わせください。

発行元：宮城県商工会連合会 <TEL：022-225-8751 FAX：022-265-8009>

県下各商工会様一覧

名取市商工会、岩沼市商工会、角田市商工会、丸森町商工会、蔵王町商工会、七ヶ宿町商工会、大河原町商工会、村田町商工会、柴田町商工会、川崎町商工会、亘理山元商工会、みやぎ仙台商工会、多賀城・七ヶ浜商工会、利府松島商工会、くろかわ商工会、加美商工会、玉造商工会、大崎商工会、遠田商工会、栗原南部商工会、若柳金成商工会、栗駒鶯沢商工会、一迫花山商工会、登米中央商工会、みやぎ北上商工会、登米みなみ商工会、石巻かほく商工会、東松島市商工会、河南桃生商工会、女川町商工会、石巻市牡鹿稲井商工会、南三陸商工会、本吉唐桑商工会

＜ご予約の流れ＞

step1

加入商工会から申込用紙を取り寄せ必要事項記入の上、「宮城県商工会連合会」へFAX送信

step2

「仙台画像検診クリニック」より詳細の確認連絡をさせていただきます

step3

検査キット一式をお送りします。同封の案内状でご予約日時・内容をご確認ください

検診申込書

※□は該当項目にチェック(レ)

割引有効期限：2025年4月1日～2026年3月31日

申込日	月	日	所属商工会名	
申込コース ※コース名に○を付けてください	シンプルコース	スタンダードコース	MRIコース	オプション ※ご希望のオプションをご記入下さい □ あり □ なし
	ハイコース	フルコース		
フリガナ				生年月日 S・H 年 月 日
受診される方のお名前				性別 □ 男性 □ 女性
会社名				体重 k g
資料送付先住所	☐ 自宅 〒 ☐ 会社			
電話番号	☐ 自宅 ☐ 会社		FAX番号	☐ 自宅 ☐ 会社
携帯番号			メールアドレス	
受診日第一希望	月 日 曜日		受診日第二希望	月 日 曜日
お支払い方法	☐ 銀行事前振込（振込先は後日連絡いたします） ☐ 現金支払い（検査当日、受付時に窓口でお支払いください） ☐ クレジットカード（検査当日、受付時に窓口でお支払いください）			
ご質問・ご要望など				
DM送付について	☐ 希望する ☐ 希望しない			

※記入した個人情報については、受診結果の送付など、本事業運営のために検診機関に提供します。必ず、受診される方が同意の上お申込みください。

※PET/CT検査用の薬剤をお体に合わせて合成するため、体重のご記入をお願いいたします。

＜商工会様使用欄＞

下記を記載後、「宮城県商工会連合会」までFAXください。

受付日	共済加入No	共済加入者名
-----	--------	--------

