

令和7年8月吉日

会 員 各 位

九州北部税理士会福岡県中部支部連合会

会 長 田 村 健

健 康 診 断 の ご 案 内

処暑の候、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、今年度の福利厚生事業の一環として、別紙のとおり7つの健診機関で健康診断を実施いたします。この健康診断は、事務所職員の方もお申込みいただけますが、共済会より補助はありません。

受診ご希望の方は、**9月5日（金）**までに福岡県中部支部連合会事務局にFAXでお申し込みください。（FAX092－472－3416）申込書は「会員用」と「事務所職員用」（複数人お申し込みの場合はコピーしてご記入ください。）の2種類ありますので、受診希望者ごとに申込書をご提出ください。先着順でお受けいたしますので、ご希望に添えないことがございますことをあらかじめご了承ください。検査内容には特定健診項目が含まれています。

なお、事前予約なしで直接健診機関へ訪問の上受診されるのは、ご遠慮いただきますようお願いいたします。ご不明な点がございましたら各健診機関へ個別に直接お問い合わせください。

〒812-0016 福岡市博多区博多駅南1-13-21

九州北部税理士会福岡県中部支部連合会

TEL 092－472－3410

FAX 092－472－3416

令和 7 年度 健診機関一覧

1. 公益財団法人 ふくおか公衆衛生推進機構 ガーデンシティ健診プラザ

福岡市中央区大名 2 丁目 6 番 5 0 号
福岡大名ガーデンシティ・タワー 5 階

TEL 0800-300-7154
FAX 092-707-5161

健 診 日 10月1日（水）～11月30日（日）までの希望日
（第2・第4土曜日、日・祝日は休診）
各日定員が僅かの為、希望者が集中した場合は、希望日を変更していただく
こともありますので、ご了承ください。
（レディースデイは毎週水曜日の午後となります。ご希望の方は申し出て下さい。）

生活習慣病健診

検 査 内 容 問診、身体測定、血圧測定、聴力検査、視力検査、検尿、心電図検査、胸部X線（直接）、
血液検査、胃部X線（直接）、医師診察、40歳以上は腹囲測定、特定健診問診

健 診 料 金 39歳以下は23,100円（共済会補助9,000円、会員自己負担14,100円）
40歳以上は23,320円（共済会補助9,000円、会員自己負担14,320円）
※胃部X線を胃部内視鏡に変更希望の際は、別途3,300円（全額自己負担）が加算され
ます。
※腹部超音波検査（肝・胆・腎・脾・膵・肝外胆管）及び大腸がん検査を追加できます。
（ただし、腹部超音波検査のみ及び大腸がん検査のみの受診は受け付けておりませんので、
ご了承ください。）
なお、加算料金は腹部超音波検査6,050円、大腸がん検査1,870円全額自己負担
です。

健 診 場 所 福岡大名ガーデンシティ・タワー5階（健診は5階で、受付は3階にあります）
「入口の場所が少し分かりにくい、というお声を戴くことがあります。宜しければ、
当機構のホームページに動画をご用意しておりますので、是非そちらをご覧ください。」

HP <https://www.fphpo.or.jp/access/>

2. 一般財団法人 西日本産業衛生会福岡健診診療所

福岡市博多区博多駅前2丁目20番1号
大博多ビル6F

TEL 471-1165
FAX 413-3258

健診場所 西日本産業衛生会福岡健診診療所内（「税理士証票」を呈示してください。）

④ 生活習慣病健診

健診日 10月7日（火）から11月17日（月）までの限定日・予約制

受診日を設定しておりますので、以下記載の日程より希望日を選んでください。

定員があるため希望者が集中した場合は、希望日を変更していただくことがあります。ご了承ください。

10月	7日（火）	8日（水）	14日（火）	15日（水）	20日（月）	21日（火）
	22日（水）	23日（木）	27日（月）			
11月	5日（水）	10日（月）	11日（火）	13日（木）	17日（月）	

検査内容 診察、計測、尿検査、聴力検査、胸部レントゲン撮影、心電図検査、血液検査、胃部レントゲン撮影、大腸がん検査

※胃部レントゲンに変えて胃カメラを選択した場合、別途4,400円（全額自己負担）が加算されます。

健診料金 24,200円（共済会補助9,000円、会員自己負担15,200円）

⑤ 人間ドック

健診日 10月1日（水）から11月20日（木）までの限定日・予約制

受診日を設定しておりますので、以下記載の日程より希望日を選んでください。

定員があるため希望者が集中した場合は、希望日を変更していただくことがあります。ご了承ください。

10月	1日（水）	2日（木）	3日（金）	6日（月）	7日（火）	8日（水）
	9日（木）	14日（火）	15日（水）	16日（木）	17日（金）	21日（火）
	22日（水）	23日（木）	24日（金）	29日（水）	30日（木）	
11月	4日（火）	6日（木）	12日（水）	18日（火）	20日（木）	

検査内容 理学的検査（問診、血圧、計測）、生理学的検査（聴力、視力、心電図、眼底、眼圧、肺機能）、X線検査他（胸部X線撮影、胃部X線撮影、腹部超音波検査）、血液検査、尿検査、便検査

※胃部X線を胃カメラに切り替えた場合、別途3,300円（全額自己負担）が加算されます。

※腹部超音波検査（肝臓・胆のう・腎臓・脾臓・膵臓）は、サービスとして全員行っています。

健診料金 40,700円（共済会補助9,000円、会員自己負担31,700円）

※婦人科検査をご希望の方は、月曜日～金曜日までの午前中に限り検査いたします。検査項目により金額が異なりますので、別途案内書を送付いたします。

3. 船員保険福岡健康管理センター

福岡市東区原田3丁目4-10

TEL 611-6311

FAX 622-4425

(西部健診センター 福岡市西区姪浜5-1425-1 (筑肥線ガード下) TEL・FAX 同上)

生活習慣病健診

健診日 10月1日(水)～10月31日(金)までの希望日

(休診日:土、日、祝日、9日(木)、17日(金)、23日(木))

※各日定員3名のため、ご希望に添えない場合がありますので、ご了承ください。

※西部健診センターの健診日は10月2日・9日・16日・23日、30日の午前のみです。(各日定員2名)

検査内容 問診、計測、視力検査、尿検査、血圧測定、聴力、胸部レントゲン直接撮影、血液検査、心電図検査、胃部レントゲン直接撮影、心電図検査、大腸がん検査

健診料金 18,858円(共済会補助9,000円、会員自己負担9,858円)
※腹部超音波検査(胆のう、肝、腎、膵臓)を、ご希望の方は、お申し込みの際、ご予約願います。追加料金は、6,830円(全額自己負担)です。
(ただし、腹部超音波検査のみの受診は受け付けておりません。)
※婦人科検査(東区本館でのみ実施)をご希望の方は、お申し込みの際、ご予約願います。追加料金は、全額自己負担で、子宮頸がん検査は3,520円、乳がん検診は4,400円～8,800円です。

健診場所 福岡健康管理センター内

4. 一般財団法人 医療情報健康財団 健康財団クリニック

福岡市博多区上川端町14-30 皐月ビル冷泉公園2階

TEL 272-2398

(市営地下鉄中洲川端駅より徒歩2分)

FAX 272-2396

生活習慣病健診

健診日 10月1日(水)～11月30日(日)までの希望日(土曜日は午後、日・祝祭日は休診)

検査内容 問診、計測、胸部X線検査(直接)、胃部X線検査(直接)、血圧測定、心電図検査、検尿、大腸がん検査、血液検査

健診料金 16,500円(共済会補助9,000円、会員自己負担7,500円)
※腹部超音波検査(肝臓・胆のう・腎臓・膵臓・脾臓)をご希望の方は、お申し込みの際、ご予約願います。(ただし、腹部超音波検査のみの受診は、受け付けておりません。また、土曜日は受け付けておりません。)追加料金は5,000円(全額自己負担)です。
※胃部X線を胃部内視鏡に変更希望の際は、全額自己負担で4,400円が加算されます。
(土曜日は受け付けておりません。)
※婦人科検査は、月・火・水・金曜日(午前中のみ)の実施となります。追加料金は全額自己負担で、乳がん検診3,850円、子宮頸がん検診3,960円です。

健診場所 健康財団クリニック内

5. 社会医療法人財団 池友会 福岡和白総合健診クリニック

福岡市東区和白丘2-11-17

TEL 608-0138

FAX 607-5504

日帰り人間ドック

健 診 日 11月1日(土)～11月30日(日)までの限定日・予約制

受診日を設定しておりますので、その中で希望日を選んでください。

なお、各日定員があるため希望者が集中した場合は、希望日を変更していただく
こともありますので、ご了承ください。

(日・祝日は休診)

11月	1日(土)	4日(火)	5日(水)	6日(木)	7日(金)	8日(土)
	10日(月)	11日(火)	12日(水)	13日(木)	14日(金)	15日(土)
	17日(月)	18日(火)	19日(水)	20日(木)	21日(金)	22日(土)
	25日(火)	26日(水)	27日(木)	28日(金)	29日(土)	

検 査 内 容 問診、内科診察、身体計測、視力、眼圧、眼底、聴力、血圧、心電図、胸部X線、
肺機能検査、胃透視又は胃内視鏡検査、腹部超音波検査、便潜血検査、尿検査、
血液検査

PSA(年度末年齢50歳以上男性のみ)

子宮頸がん検査(女性のみ)

マンモグラフィ検査(年度末年齢30歳以上女性のみ)

※75歳以上の方の胃内視鏡検査(胃カメラ)の実施につきましては、受診者の安全確保のため
問診を行った後に鎮静剤の使用の適否が決定されますのでご了承ください。

健 診 料 金 41,800円(共済会補助9,000円、会員自己負担32,800円)

健 診 場 所 福岡和白総合健診クリニック内

6. 公益財団法人 福岡労働衛生研究所 労衛研健診センター

福岡市南区那の川1丁目11番27号 TEL 526-1033

FAX 526-1039

健 診 日 ・生活習慣病健診 11月17日(月)～12月5日(金)までの希望日

(土曜日、日・祝日は休診)

・日帰り人間ドック 11月4日(火)～11月18日(火)までの希望日

(11月7日(金)、土曜日、日・祝日は休診)

各日定員が僅かの為、希望日を変更していただくこともありますのでご了承ください。

各日定員1～2名のためご希望に添えない場合があります。

㊤ 生活習慣病健診

検 査 内 容 問診、身体計測、眼科検査、聴力検査、胸部X線撮影(直接)、胃部X線撮影(直接)、血圧、心電図、尿検査、大腸がん検査、血液検査

※胃部X線に変えて胃内視鏡検査をご希望の方は、お申し込みの際、ご予約願います。

差替え料として 5,500円(全額自己負担)が加算されます。

※腹部超音波検査(胆のう、肝、腎、膵、脾臓)をご希望の方は、お申し込みの際、ご予約願います。(ただし、腹部超音波検査のみの受診は、受け付けておりません。)追加料金として、5,500円(全額自己負担)が加算されます。

※婦人科検査をご希望の方は、お申し込みの際、ご予約願います。追加料金は、全額自己負担で、子宮頸がん検査は4,950円、乳がん検診は4,950円～7,260円です。

健 診 料 金 19,250円(共済会補助9,000円、会員自己負担10,250円)

健 診 場 所 福岡労働衛生研究所 労衛研健診センター内

㊤ 日帰り人間ドック

検 査 内 容 問診、身体計測、眼科検査(視力・眼圧・眼底)、聴力検査、胸部X線撮影(直接)、肺機能検査、胃部X線撮影(直接)、腹部エコー、血圧、心電図、尿検査、大腸がん検査、血液検査

※胃部X線に変えて胃内視鏡検査をご希望の方は、お申し込みの際、ご予約願います。

差替え料として 5,500円(全額自己負担)が加算されるようになりました。

※婦人科検査をご希望の方は、お申し込みの際、ご予約願います。追加料金は、全額自己負担で、子宮頸がん検査は4,950円、乳がん検診は4,950円～7,260円です。

健 診 料 金 41,800円(共済会補助9,000円、会員自己負担32,800円)

健 診 場 所 福岡労働衛生研究所 労衛研健診センター内

7. 福岡山王病院

福岡市早良区百道浜3丁目6-45

＜人間ドック・予約専用ダイヤル＞

TEL 092-832-1159

月～土・9時～15時・ガイダンス①

FAX 092-832-1259

日帰り人間ドック

健 診 日 10月14日(火)から11月6日(木)までの限定日・予約制

受診日を設定しておりますので、その中で希望日を選んでください。

なお、各日定員があるため希望者が集中した場合は、希望日を変更していただくこともありますので、ご了承ください。

(日・祝日は休診)

10月	14日(火)	15日(水)	16日(木)	17日(金)	18日(土)	20日(月)
	21日(火)	22日(水)	23日(木)	25日(土)	27日(月)	28日(火)
	29日(水)	30日(木)	31日(金)			
11月	1日(土)	4日(火)	6日(木)			

検 査 内 容 問診、内科診察、身体計測、視力、聴力、眼底、眼圧、血圧、心電図、肺機能、胸部X線、胃内視鏡（経鼻・経口）、腹部超音波、尿検査、便潜血、血液検査

※乳がん・子宮がん検査（マンモグラフィー別途4,400円、乳房超音波別途3,850円、子宮頸部細胞診別途3,300円）は、希望により別途オプションとして選択追加可能です。婦人科検診をご希望の場合は以下の日程よりお申し込みください。
(受診可能日：10月14日(火)、17日(金)、21日(火)、23日(木)、27日(月)、29日(水)、31日(金)、11月4日(火)、11月6日(木))

※胃部検査は、内視鏡（胃カメラ）を基本としています。胃カメラは、経口・経鼻のうち、いずれかをお選びいただけます。

また、経口胃カメラには、希望により鎮静剤(別途2,200円)の追加が可能です。

健 診 料 金 48,400円（共済会補助9,000円、会員自己負担39,400円）

健 診 場 所 福岡山王病院 6F 予防医学センター

④ 申 込 書 (会 員 用)

申込年月日 令和 7 年 月 日

登録番号		支部名	支部
フリガナ		生年月日	性別
会員名		S・H 年 月 日	男 ・ 女
受診票送付先住所	〒 — (ビル名もご記入ください。)		
電話番号	(日中ご本人と連絡が取れる電話番号をご記入ください。)		

1. 希望日 (必ず第3希望日までご記入ください。)

第1希望日	第2希望日	第3希望日	特に希望日なし
月 日	月 日	月 日	

2. 受診希望健診施設

希望施設の番号に○印をつけ、その施設の検査やコースの希望をご選択の上○で囲んでください。

1	ガーデンシティ健診プラザ	胃カメラ検査	希望する ・ 希望しない
		腹部エコー検査	希望する ・ 希望しない
		大腸がん検査	希望する ・ 希望しない
2	西日本産業衛生会 福岡健診診療所	希望コース	④生活習慣病健診 ・ ⑤人間ドック
		胃カメラ検査	希望する ・ 希望しない
3	船員保険福岡健康管理センター	受診施設	④東区原田 ・ ⑤西区姪浜
		腹部エコー検査	希望する ・ 希望しない
		婦人科健診	希望する ・ 希望しない
4	健康財団クリニック	胃カメラ検査	希望する ・ 希望しない
		腹部エコー検査	希望する ・ 希望しない
		婦人科健診	希望する ・ 希望しない
5	福岡和白総合健診クリニック	胃部検査	④胃カメラ ・ ⑤胃透視
6	福岡労働衛生研究所 労衛研健診センター	希望コース	④生活習慣病健診 ・ ⑤人間ドック
		胃カメラ検査	希望する ・ 希望しない
		腹部エコー検査	希望する ・ 希望しない
		婦人科健診	希望する ・ 希望しない
7	福岡山王病院	婦人科健診	希望する ・ 希望しない
		鎮静剤 (胃部検査時)	希望する ・ 希望しない

申込期限 令和7年9月5日(金)

九州北部税理士会 福岡県中部支部連合会
事務局 FAX 092-472-3416

㊤ 申 込 書（事務所職員用）

申込年月日 令和 7 年 月 日

フリガナ		生年月日	性別
受診希望者名		S・H 年 月 日	男 ・ 女
受診票送付先住所	〒 — (ビル名もご記入ください。)		
電話番号	(日中ご本人と連絡が取れる 電話番号をご記入ください。)		
フリガナ		税理士番号	支部名
勤務先税理士名			支部

1. 希望日（必ず第3希望日までご記入ください。）

第1希望日	第2希望日	第3希望日	特に希望日なし
月 日	月 日	月 日	

2. 受診希望健診施設

希望施設の番号に○印をつけ、その施設の検査やコースの希望をご選択の上○で囲んでください。

1	ガーデンシティ健診プラザ	胃カメラ検査	希望する ・ 希望しない
		腹部エコー検査	希望する ・ 希望しない
		大腸がん検査	希望する ・ 希望しない
2	西日本産業衛生会 福岡健診診療所	希望コース	㊤生活習慣病健診 ・ ㊦人間ドック
		胃カメラ検査	希望する ・ 希望しない
3	船員保険福岡健康管理センター	受診施設	㊤東区原田 ・ ㊦西区姪浜
		腹部エコー検査	希望する ・ 希望しない
		婦人科健診	希望する ・ 希望しない
4	健康財団クリニック	胃カメラ検査	希望する ・ 希望しない
		腹部エコー検査	希望する ・ 希望しない
		婦人科健診	希望する ・ 希望しない
5	福岡和白総合健診クリニック	胃部検査	㊤胃カメラ ・ ㊦胃透視
6	福岡労働衛生研究所 労衛研健診センター	希望コース	㊤生活習慣病健診 ・ ㊦人間ドック
		胃カメラ検査	希望する ・ 希望しない
		腹部エコー検査	希望する ・ 希望しない
		婦人科健診	希望する ・ 希望しない
7	福岡山王病院	婦人科健診	希望する ・ 希望しない
		鎮静剤 (胃部検査時)	希望する ・ 希望しない

申込期限 令和7年9月5日(金)

九州北部税理士会 福岡県中部支部連合会
事務局 FAX 092-472-3416