

所内健康診断申込書(個人申込用)

被保険者証 記号・番号	被 71 — — 一般	生年月日	年 月 日生(歳)	
フリガナ 氏 名		男・女	事業所名	
住 所	〒 — — — — — 電 話 () — — — — —			
受健希望日	< 第 1 希 望 > 年 月 日 () 午 前 ・ 午 後 < 第 2 希 望 > 年 月 日 () 午 前 ・ 午 後			
健診コース ご希望のコースに ○をつけてください。	健康診断コース		組 合 被 保 険 者	
			助成あり	助成なし
	ス マ ー ト ド ッ ク		5, 500円	36, 200円
	生 活 習 慣 病 健 診		3, 360円	28, 560円
	定 期 健 診		7, 500円	8, 800円
オプション 検査項目 ご希望のオプション 検査に○をつけて ください。 	主 な オ プ シ ョ ン 検 査 項 目			料金(税込)
	血 液 検 査		ロ ッ ク ス イ ン デ ッ ク ス 検 査 ※脳梗塞・心筋梗塞のリスクを調べます。	12, 100円
			大 腸 が ん リ ス ク 検 査 ※大腸がんの特化した精度の高い検査です。	17, 600円
			す い 臓 が ん リ ス ク 検 査 ※すい臓がんの特化した精度の高い検査です。	17, 600円
			アレルギー検査 ※アレルギーの原因となることが多いアレルゲン39項目を調べます。	15, 400円
			腫 瘍 マ ー カ ー (がんの疑いがないか調べます。) ※5項目 ()内は、主な検査部位を記載しています。 ①CEA(大腸・食道・胃)、②CA19-9(すい臓、胆管、胆嚢) ③AFP(肝臓)、④CYFRA(肺) ⑤PSA(男性 前立腺)、CA125(女性 卵巣)	4, 400円
			A B C 検 診 (ピロリ抗体・ペプシノゲン検査) ※胃がんのリスクを調べます。	3, 850円
			甲 状 腺 診 断 検 査 (甲状腺機能に異常がないか調べます。) ※3項目 ①TSH、②FT4、③Tg	3, 300円
			N T - p r o B N P 検 査 ※心不全や狭心症のリスクを調べます。	2, 200円
			ピ ロ リ 菌 検 査	2, 200円
			肝炎ウイルス (B・C型)	2, 200円
	そ の 他 の 検 査		胃 内 視 鏡 検 査 (胃カメラ) (要電話予約) ※実施日 火・水・木の午前	6, 600円 (補助該当3, 300円)
			マンモグラフィー検査 (要電話予約)	6, 600円 (補助該当2, 200円)
			乳 房 超 音 波 検 査 (乳腺エコー) (要電話予約)	4, 400円
			腸 内 フ ロ ー ラ 検 査 ※便検査で腸内に生息する常在細菌を調べます。	16, 800円
			血 圧 脈 波 検 査 ※動脈硬化の進行度を調べます。	2, 750円
			喀 痰 細 胞 診 検 査 ※呼吸器の病気を診断します。	1, 650円