全国健康保険協会加入事業所様向け

申 込 日 ： 年 月 日

定期健診申込書

※定期健診は、35歳未満または健保未加入者の方が対象です。

事業所 所在地	〒 ー
事業所 名 称	
ご担当者様	
電話番号	（ ）
FAX番号	（ ）

【定期健診】料金：9,580円(税別)

検査項目	
診 察	問診・診察
身体計測	身長・体重・標準体重・BMI・腹囲測定
血 圧	血圧測定
視 力	視力測定(裸眼or矯正)
聴 力	ｵｰｼﾞｵﾒｰﾀ (1000Hz 4000Hz)
尿検査	糖・蛋白・ｳﾛﾋﾞﾘﾉｰｹﾞﾝ・潜血
血液一般	白血球数・赤血球数・血色素量・ﾍﾏﾄｸﾘｯﾄ値・血小板数
脂 質	総ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ・中性脂肪・HDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ・LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙまたはnon-HDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ
肝機能	GOT・GPT・γ-GTP・ALP
腎機能	ｸﾚｱﾁﾆﾝ・eGFR値・尿酸
糖 尿	血糖
心電図	安静時12誘導
ｴｯｸｽ線	胸部ｴｯｸｽ線撮影

【オプション(税別)】

ｺｰﾄﾞ	検診および料金
A	胃がん検診 5,680円
B	大腸がん検診 1,080円
C	肝炎ウィルス検査(HBs抗原＋HCV抗体) 3,370円
D	子宮がん検診 3,200円
E	乳がん検診 5,620円
F	子宮がん検診＋乳がん検診 8,820円
G	付加健診 10,100円 【項目】 尿沈査・（血小板数）・末梢血液像・総蛋白・ｱﾙﾌﾞﾐﾝ・総ﾋﾞﾘﾙﾋﾞﾝ・ｱﾐﾗｰｾﾞ・LDH・眼底検査・肺機能検査 腹部超音波検査
H	腹部超音波検査 5,300円
I	ｸﾞﾘｺﾍﾓｸﾞﾛﾋﾞﾝA1c 490円
J	喀痰細胞診 3,200円
K	眼底検査(両眼) 1,120円
L	PSA（前立腺特異抗原）男性のみ 2,680円
M	CA125(子宮・卵巣がん等）女性のみ 2,840円
N	ABC検診（ﾍﾘｺﾊﾞｸﾀｰ･ﾋﾟﾛﾘ抗体検査、ﾍﾟﾌﾟｼﾉｹﾞﾝ検査） 4,800円
O	骨密度検査(DXA法)4,500円
P	血管年齢検査 2,000円

【定期健診受診者名簿】

No.	フリガナ 氏 名	性別	生年月日	定期健診 9,580円	追加 オプション	希望日時
1		男・女	昭・平 年 月 日	定期健診		
2		男・女	昭・平 年 月 日	定期健診		
3		男・女	昭・平 年 月 日	定期健診		
4		男・女	昭・平 年 月 日	定期健診		
5		男・女	昭・平 年 月 日	定期健診		
6		男・女	昭・平 年 月 日	定期健診		
7		男・女	昭・平 年 月 日	定期健診		
8		男・女	昭・平 年 月 日	定期健診		
9		男・女	昭・平 年 月 日	定期健診		
10		男・女	昭・平 年 月 日	定期健診		