

全国健康保険協会
生活習慣病予防健診等申込書
(必ず早めに提出して下さい)

FAX番号：06-6338-0455
FAX番号のおかけ間違いに注意!!

代表メール：kento@suita.saiseikai.or.jp

※お申込書の送信が完了しましても、予約の確定ではありません。仮予約としてお受けします。
送信後（仮予約後）に、当センターより内容の確認等のご連絡をさせていただいてから予約完了となりますので、ご了承ください。

受診希望日（3週間以降でお申し込みください）

該当する項目に☑をつけてください。

① 年 月 日 ② 年 月 日
③ 年 月 日

ふりがな		性別
氏名	様	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日（ 歳）	
自宅情報	〒 - TEL () - 住所	
勤務先		
勤務先住所	〒 - TEL () - 住所	
健康保険種類 お手元の保険証をご確認いただき記入してください。		
保険者名称：	全国健康保険協会 保険者番号：	<input type="checkbox"/> 被保険者
	記号・番号：	

一般健診 35歳～74歳の被保険者（75歳の誕生日前日まで）

一般健診	<input type="checkbox"/> 胃透視 自己負担額 5,282円	<input type="checkbox"/> 胃カメラ変更 自己負担額 16,282円
胃内視鏡検査方法	<input type="checkbox"/> 経口胃カメラ <input type="checkbox"/> 経鼻胃カメラ <input type="checkbox"/> 鎮静希望（経口のみ対応）5,500円	

子宮がん検診（単独健診） 20歳～38歳で偶数年齢の女性被保険者（当該年度）

子宮がん検診	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診（問診・細胞診） 自己負担額 970円
--------	----------------------------------------------------

生活習慣病予防健診から人間ドックへ変更

スタンダード	<input type="checkbox"/> 胃透視 自己負担額 48,400円－けんぽ補助額（13,583円）
	<input type="checkbox"/> 胃カメラ 自己負担額 53,900円－けんぽ補助額（13,583円）
プレミアム	<input type="checkbox"/> 胃透視 自己負担額 52,800円－けんぽ補助額（13,583円）
	<input type="checkbox"/> 胃カメラ 自己負担額 48,300円－けんぽ補助額（13,583円）
胃内視鏡検査方法	<input type="checkbox"/> 経口胃カメラ <input type="checkbox"/> 経鼻胃カメラ <input type="checkbox"/> 鎮静希望（経口のみ対応）5,500円

※金額は、消費税込の料金となります。

2枚目

一般健診に追加して受診する健診（以下の健診は単独での受診はできません）

付加健診 40歳と50歳の被保険者（当該年度）

付加健診	<input type="checkbox"/> 付加健診 自己負担額 2,689円 （尿沈査・肺機能・血小板・末梢血液像・総蛋白・アルブミン・アミラーゼ・LDH・眼底・腹部エコー）
------	------------------------------------------------------------------------------------------------

乳がん検診 40歳～74歳で偶数年齢の女性被保険者 乳腺エコーは検査費用の補助対象外です。（当該年度）

乳がん検診	<input type="checkbox"/> 乳がん検診 問診・マンモグラフィ2方向 40歳～48歳 自己負担額 1,574円
	<input type="checkbox"/> 乳がん検診 問診・マンモグラフィ1方向 50歳～74歳 自己負担額 1,013円

子宮頸がん検診 36歳～74歳で偶数年齢の女性被保険者（当該年度）

子宮頸がん検診	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診 問診・細胞診 自己負担額 970円
---------	---------------------------------------------------

肝炎ウイルス検査 35歳～74歳の被保険者（75歳の誕生日前日まで）

肝炎ウイルス検査	<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査 HCV抗体・HBs抗原 自己負担額 582円
----------	----------------------------------------------------------

過去にC型肝炎ウイルス検査を受けたことがある方は受診できません。一生に一度の検査となります。

追加検査を希望される方は下記の申込欄に☑をつけて下さい。

申込欄	検査項目	金額（税込）	申込欄	検査項目	金額（税込）
<input type="checkbox"/>	腫瘍マーカー 男性セット PSA・AFP・CEA CA 19-9・SCC	11,000円 注1	<input type="checkbox"/>	胸部CT検査	13,200円
			<input type="checkbox"/>	腹部CT検査	16,500円
			<input type="checkbox"/>	腹部CT検査+内臓脂肪	18,700円
<input type="checkbox"/>	腫瘍マーカー 女性セット CA125・AFP・CEA CA 19-9・SCC	11,000円 注1	<input type="checkbox"/>	脳MRI・MRA検査	33,000円
			<input type="checkbox"/>	乳がんセット（マンモグラフィ2方向・乳腺エコー）	8,800円
			<input type="checkbox"/>	マンモグラフィ	4,950円
<input type="checkbox"/>	血液検査 TSH・FT4（甲状腺）	3,300円	<input type="checkbox"/>	乳腺エコー	4,950円
<input type="checkbox"/>	NTproBNP（心不全）	3,300円	<input type="checkbox"/>	子宮頸がんセット検診A （子宮頸部細胞診・経膈エコー）	6,600円
<input type="checkbox"/>	4型コラーゲン7S （肝線維化）	3,300円	<input type="checkbox"/>	子宮頸がんセット検診B 上記にHPV追加	12,100円
<input type="checkbox"/>	血液サラサラ検査	3,300円			
<input type="checkbox"/>	喀痰細胞診検査	3,300円	<input type="checkbox"/>		

上記以外のオプションは、ホームページをご確認して、下記に、ご記入しお申込みください。

<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

※金額は、消費税込の料金となります。

※結果は、2～3週間程で簡易書留にて郵送となります。

注1 プレミアム人間ドックに含まれています。