

—【事業所情報】—

(フリガナ) 事業所名			支払方法
住所	〒		1. 当日現金 2. 請求書
TEL	- -	受診票等 送付先(上記住所と異なる場合)	〒
FAX	- -		
担当者名	請求書 送付先(上記住所と異なる場合)		〒

—【お申込内容】—

法定項目が入っているのは
②コースとなります。

項目	検査内容	※ ①コース	②コース	③コース	④コース	⑤コース 生活習慣病予防 一般健診	
問診・診察	既往歴・業務歴・自覚症状・他覚症状(診察)・血圧	●	●	●	●	<p>お項目は協会けんぽからのご確認下さい</p> <p>※35歳以上 協会けんぽ 加入者本人</p>	
計測	身長・体重・BMI・視力・聴力	●	●	●	●		
腹囲測定		×	●	●	●		
尿検査	糖・蛋白	●	●	●	●		
血液検査-①	赤血球数・血色素量・LDLコレステロール HDLコレステロール・中性脂肪・AST(GOT) ALT(GPT)・γ-GT(γ-GTP)・血糖・HbA1c	×	●	●	●		
血液検査-②	ALP・LDH・血清総蛋白・アルブミン・総ビリルビン A/G比・尿素窒素・クレアチニン・eGFR・尿酸 白血球数・ヘマトクリット値・血小板数	×	×	×	●		
心電図検査	安静時標準12誘導	×	●	×	●		
胸部X線検査	デジタル撮影 または 直接撮影	●	●	●	●		
<p>※40歳未満(35歳を除く)の 心電図、採血、腹囲は 医師が必要でないと認める場合に限り 省略することができます</p>		人数					
		料金 (税込)	3,190	7,590	6,270	9,570	5,282

★オプションや雇用時健診・特定業務健診(深夜業務など)・特殊健診をご希望の場合は
続紙の【集団健診 受診者名簿】に詳しくご記入ください。

- ・法定外項目の結果を事業主様へ報告する際は、本人の承諾が必要となります。
ご本人様の同意をいただいている場合は右欄に健康診断担当者様の✓をお願いいたします。
- ・血液検査は外部委託となります。

同意済

—【ご希望する受診日】—

集団健診	令和 年 月 日	午前	名	令和 年 月 日	午前	名
		午後	名		午後	名
	令和 年 月 日	午前	名	令和 年 月 日	午前	名
		午後	名		午後	名