



# 特定健康診査申込書

※ お申込みは、健診実施希望日の一週間前までに、FAXまたは郵送にてお願いいたします。

※ 「特定健康診査受診券」がないと健診を受診できませんのでご注意ください。

〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		TEL	
住 所		FAX	
フリガナ	生 年 月 日	性 別	年 齢
氏 名	昭和 年 月 日	男 ・ 女	歳

## ①【保険証の種類】 該当するものに○印をつけてください。

〔 本人 ・ 被扶養者 ・ 任意継続(被扶養者 ・ 本人) 〕

1. 全国健康保険協会 (協会けんぽ)
2. 各健康保険組合 ※どちらの健康保険組合かご記入ください ( )
3. 各共済組合 (地方職員共済・市町村共済・公立学校共済 等) ( )  
※どちらの共済組合かご記入ください
4. その他 ( )

## ②【健診日程・時間】 ※受付時間は 8:00 ~ 9:30 となります。あらかじめご了承ください。

希望月日(第二希望まで記入してください。)		
第一希望	月	日
第二希望	月	日

※ 青森市に「がん検診」をお申込みの方は、  
同じ日に特定健診を実施できます。  
「がん検診」の料金は別途となります。

月	日	の「青森市の健診」に申込み済
---	---	----------------

## ③【特定健康診査の健査項目】

基本項目
問診／血圧測定
尿検査(尿糖・尿蛋白)／理学的所見(診察)
身体計測(身長・体重・腹囲・BMI)
血中脂質検査(中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール)
肝機能検査(GOT・GPT・γ-GTP)
血糖検査(空腹時血糖・ヘモグロビンA1c)

## ④【追加項目】 希望するものに○印をつけてください。

・眼底検査(片眼)	1,800円 4項目セットで 大変お得	
・心電図検査		
・貧血検査(赤血球数・血色素量・ヘマトクリット値)		
・クレアチニン		
・眼底検査(両眼)	1,320円	
・心電図検査	1,650円	
・貧血検査 (赤血球数・血色素量・ヘマトクリット値・白血球数)	330円	
・クレアチニン	198円	

※その他追加項目はお問い合わせください。

## 【備考】

《お申込先》 〒030-0962 青森市佃二丁目19番12号  
公益財団法人 青森県総合健診センター  
センター健診課

TEL:017-741-2336  
FAX:017-741-2386