

定期健康診断申込書

事業所名		担当者	様
所在地	〒 -	電話番号	
材料送付先	〒 -	FAX番号	
請求書送付先	〒 -	＜その他＞	
結果送付先	〒 -		

＜ 受付時間 ＞

＜受付時間＞8時～10時
 (婦人科実施日の受付は8時～9時30分)
 ＜午後婦人科健診＞12時30分～13時30分

希望健診日	
	日間

○印をつけてください(料金は税込)			
個人用結果オプション	封筒詰めをし 事業所へ発送 (1人110円)	各個人様の 自宅へ発送 (1人374円)	封筒詰めをせず 事業所へ発送 (無料)
XMLデータ (厚労省指定の電子的標準形式)	希望する (1件110円)	40才以上 全員分	希望しない
お支払方法	当日払い	後日振込	

項目	料金(税込)	申込人数
Aコース 身体計測(身長 体重 BMI) 視力検査 聴力検査 理学的検査 血圧測定 尿検査	1,815円	人
Cコース 身体計測(身長 体重 BMI) 視力検査 聴力検査 心電図 腹囲測定 血液検査※内容は下記 ・赤血球数 ・血色素量 ・ヘマトクリット値 ・CRE ・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 ・AST(GOT) ・ALT(GPT) ・γ-GTP ・血糖	6,435円	人
胸部X線検診(結核検診 デジタル撮影)	1,100円	人

＜ 追加オプション ＞

項目	料金(税込)	人数
肺がん検診読影(デジタル撮影)	1,925円	人
喀痰検査※肺がん検診受診時のみ可能	2,750円	人
胃がん検診	6,050円	人
大腸がん検診	1,870円	人
前立腺がん検診	2,200円	人
子宮頸がん検診	4,620円	人
乳がん検診(40～59歳) <small>マンモグラフィ 2方向</small>	4,400円	人
乳がん検診(60歳～) <small>マンモグラフィ 1方向</small>	3,300円	人
骨密度測定	1,650円	人

項目	料金(税込)	人数
腸内細菌 5項目	1,650円	人
腸内細菌証明書発行1通	1,650円	人
腹部超音波	5,500円	人
眼底検査(両眼)	1,320円	人
眼底・眼圧(両眼)	2,255円	人
心電図	1,650円	人
腹囲測定	220円	人
Cコースと同じ採血項目 (採血・判断料込)	3,190円	人

※青森市住民健診同日受診 (有・無)

・備考 (その他の追加項目、請求書・領収書宛名等)

＜お申込み・お問い合わせ先＞

公益財団法人 青森県総合健診センター センター健診課

〒030-0962 青森県青森市佃2丁目19-12 TEL 017-741-2336 FAX 017-741-2386

※健診等に関わる個人情報について、疫病予防研究、疫学的調査研究の目的に限り使用させていただくことがありますが、個人情報の保護については十分配慮いたしますので予めご了承願います。

定期健康診断申込名簿

★太枠内をご記入ください。

事業所名：								
保険者名称		XMLデータご希望の際は保険者名称、 注) 保険者番号、保険証の記号、番号が 必須となります。						
保険者番号								
保険証の記号								
健診日	保険証番号	フリガナ	生年月日	年齢	健診コース			追加項目等
		氏名		性別	A	C	その他	
		フリガナ 氏名	大正・昭和・平成 年 月 日	歳 男女				
		フリガナ 氏名	大正・昭和・平成 年 月 日	歳 男女				
		フリガナ 氏名	大正・昭和・平成 年 月 日	歳 男女				
		フリガナ 氏名	大正・昭和・平成 年 月 日	歳 男女				
		フリガナ 氏名	大正・昭和・平成 年 月 日	歳 男女				
		フリガナ 氏名	大正・昭和・平成 年 月 日	歳 男女				
		フリガナ 氏名	大正・昭和・平成 年 月 日	歳 男女				
		フリガナ 氏名	大正・昭和・平成 年 月 日	歳 男女				
		フリガナ 氏名	大正・昭和・平成 年 月 日	歳 男女				
		フリガナ 氏名	大正・昭和・平成 年 月 日	歳 男女				

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