

ファミリー健診申込書（FAX用）

申 込 日	年 月 日					
被保険者証記号番号						
フリガナ						
受診者氏名						
生 年 月 日	年 月 日				性別	男 女
住 所	〒 -					
連絡のつきやすい電話番号	()					

希望の受診場所（第3希望までご記入ください。）希望者が多数の場合、その他の日をご案内させて頂く場合があります。

第1希望	年 月 日 ()	会場：
第2希望	年 月 日 ()	会場：
第3希望	年 月 日 ()	会場：

希望の健診項目 希望する健診項目の口にチェックをお願いします。

健診内容	健診項目	健診料金（消費税込）
特定健康診査	※受診必須になります	全額組合負担
乳がん検診 組合より、 上限3,850円（税込） まで補助にて受診可。 超過分は自己負担となります。	<input type="checkbox"/> 乳がん検診A50歳以上推奨（マンモグラフィ1方向）	3,850円
	<input type="checkbox"/> 乳がん検診B40~49歳推奨（マンモグラフィ2方向）	5,500円
	<input type="checkbox"/> 乳がん検診C（乳房超音波検査）	3,850円
婦人科がん検診	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診（細胞診）	全額組合負担
	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診（HPV検査）※1	5,500円
心電図検査	<input type="checkbox"/> 安静時12誘導	1,650円
大腸がん検診	<input type="checkbox"/> 便潜血検査2日法 ※2	1,580円
肺がん検診	<input type="checkbox"/> 胸部レントゲン（デジタル撮影1枚）	2,200円
胃がん検診	<input type="checkbox"/> 胃部レントゲン（デジタル撮影9方向9枚以上）	6,600円
腹部エコー検診	<input type="checkbox"/> 腹部超音波検査	4,400円
甲状腺検診	<input type="checkbox"/> 甲状腺超音波検査	3,850円
	<input type="checkbox"/> 甲状腺機能検査（血液検査）	2,200円
	<input type="checkbox"/> 甲状腺セット検査（甲状腺超音波検査+甲状腺血液検査）	5,500円
前立腺がん検診	<input type="checkbox"/> PSA検査	3,300円

※1 子宮がん検診（HPV検査）は子宮がん検診（細胞診）を実施する方にご利用いただけます。

※2 便の提出が1本のみであった場合は600円（税込）減額となります。

（個人情報の取り扱いについて）

健診の受付・登録業務・健診結果の送付・健診結果に基づく再検査、二次検査等の案内・健診結果に基づく保健指導の案内
 上記の場合または法律によって認められる場合を除いて当組合及び聖隷予防検診センター・聖隷沼津健康診断センターが健診実施者の
 個人情報を本人の同意を得ずに第三者に開示、提供、預託することはありません。

【委 託 先】 聖隷予防検診センター及び聖隷沼津健康診断センター

【問合せ先】 静岡県建設産業国民健康保険組合 TEL054-252-3912