

定期健康診断申込書

※ 労働安全衛生規則で定められた健診(健診料金は税込みです)

検 査 項 目	健診コース	定健A	定健B		定健A	定健B
		¥11,000	¥7,700			
既往歴および業務歴の調査		●	●	貧血検査(赤血球数・血色素量)	●	
自他覚症状の有無		●	●	肝機能検査	●	
身長・体重測定		●	●	(GOT・GPT・ γ -GTP)		
腹囲測定		●		血中脂質検査	●	
視力・聴力・血圧		●	●	(中性脂肪・LDL-コレステロール・HDL-コレステロール)		
尿検査(尿糖・尿蛋白)		●	●	空腹時血糖	●	
胸部X線		●	●	心電図検査	●	

◎セット料金になっておりますので未実施検査がある場合でも料金の減額はありせん。

※定健Aコースにはオプションとして、便潜血検査:1,430円 追加可能

保険証の記号		事業所名	
事業所所在地			
TEL		ご担当者	
送付先住所(支店・営業所等) ※事業所所在地と異なる場合のみご記入ください			
送付先住所 営業所等の名称	〒		
TEL		ご担当者	
支払方法 : <input type="checkbox"/> 当日窓口払い <input type="checkbox"/> 後日会社請求			

※希望のコースに○をしてください(税込)

保険証の 番号	フリガナ	性 別	生 年 月 日	健診コース			健診予約日
	氏 名			A ¥11, 000	A+便 ¥12, 430	B ¥7, 700	予約時間
		男 ・ 女	昭・平 年 月 日				年 月 日 時 分
		男 ・ 女	昭・平 年 月 日				年 月 日 時 分
		男 ・ 女	昭・平 年 月 日				年 月 日 時 分
		男 ・ 女	昭・平 年 月 日				年 月 日 時 分
		男 ・ 女	昭・平 年 月 日				年 月 日 時 分
		男 ・ 女	昭・平 年 月 日				年 月 日 時 分

《申込方法》 受診日をご予約の後、必要事項をご記入いただきFAXにてお申し込みください。

FAX 042-648-8652

医療法人社団 国立あおやぎ会 **八王子健康管理センター**