

企業健康診断申込書(令和8年度)

令和

年

月

日

(様式21)

事業所	フリガナ				
	名称				
	住所	〒			
	担当者		電話	()	—
健診予約年月日	令和	年	月	日	FAX () —
人数	名 (名簿添付)				

希望されるコースに○を付けてください	オプション項目
・ 人間ドックAコース(特定健診項目含) 36,600円	◇脳検診 30,500円 ※人間ドックAのみのオプション *体内に金属がある場合、検査ができないことがあります。
・ 人間ドックBコース(特定健診項目含) 24,400円	◇乳がん検診 7,100円 (マンモグラフィ・超音波)
・ 脳ドックA(特定健診項目含) 56,000円	◇子宮がん検診 5,500円 (頸部・体部細胞診・超音波)
・ 脳ドックB 36,600円	◇卵巣がん検診 5,000円
・ 動脈硬化ドック 14,200円	◇早期肺がん検診 15,200円 ※毎週火・金 ※胸部X線が重複する場合 13,200円
・ 早期肺がん検診 15,200円 ※毎週火・金	◇動脈硬化検診 8,100円
・ 大腸がん検診 15,200円 (注腸X線)	◇骨粗鬆症検診 4,000円
・ 乳がん検診 7,100円 (マンモグラフィ・超音波)	◇前立腺がん検査(PSA検査) 2,500円
・ 子宮がん検診 5,500円 (頸部・体部細胞診・超音波)	※人間ドックA・B、脳ドックA・B、動脈硬化ドック との併用の場合 1,440円
・ 卵巣がん検診 5,000円	◇胃がんリスク層別化検査(ABC分類) ※ピロリ菌除菌治療を受けた方・以前検査を受けた方は対象外です。
・ 骨粗鬆症検診 4,000円	◇胃がんリスク層別化検査(ABC分類) ※ピロリ菌除菌治療を受けた方・以前検査を受けた方は対象外です。
・ 前立腺がん検査 2,500円 (PSA検査)	※胃がんX線受診時のみ 2,500円

【企業健診】 ※CまたはDのいずれかに○を付けてください

健康診断(労働安全衛生法に準ず)	【項目】
C: 定期健診(心電図 無) 11,400円	①医療面接(既往歴及び業務歴 自覚症状及び他覚症状の有無)
D: 定期健診(心電図 有) 12,830円	②身長、体重、腹囲、BMI、肥満度、視力、聴力(1000Hz,4000Hz)③血圧
	④貧血検査(赤血球数、白血球数、ヘモグロビン、ヘマトクリット)
	⑤肝機能(AST(GOT)・ALT(GPT)・r-GTP)
	⑥脂質(中性脂肪・HDL-コレステロール・LDL-コレステロール)
	⑦空腹時血糖・ヘモグロビンA1c⑧尿(糖・蛋白・潜血) ⑨胸部X線
	(注)専用紙記入の場合は、文書料が必要となります。

【上記の人間ドックコース・企業健診に該当しない場合は、下記の申込欄に○をご記入ください】

No	検査項目	税込料金	申込	No	検査項目	税込料金	申込			
1	医療面接・身体測定(身長・体重・肥満度(BMI))	3,200円		10	胃部X線	13,480円				
	視力検査・血圧測定(1回)			胃がんリスク層別化検査(ABC分類)						
2	腹囲			11	※胃部X線受診時のみ ※ピロリ菌除菌治療を受けた方は対象外です。	2,500円				
3	尿検査(糖・蛋白・潜血)	280円		12	眼底カメラ	630円				
4	血液学的検査(貧血検査)	1,600円		13	便潜血検査(免疫便潜血反応)(2日法)	1,180円				
	赤血球数・白血球数 ヘモグロビン(Hgb)ヘマトクリット(Hct)			14	PSA(前立腺特異抗原)検査 ※人間ドックA・B ※脳ドックA・B ※動脈硬化ドック	2,500円	いずれかとの併用の場合	1,440円		
5	血液生化学的検査 7項目 【肝機能検査】 AST(GOT)・ALT(GPT)・r-GTP 【血糖検査】 空腹時血糖 【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	2,600円		15	クレアチニン(eGFRを含む)	120円				
	6			採血料	440円		16	ヘモグロビンA1c	530円	
	7			胸部X線撮影(直接) 1枚	2,310円		17	その他		
8	簡易聴力検査(1000Hz・4000Hz)	440円		合 計						
9	心電図(12誘導)	1,430円			文書料(1枚につき3,000円+税) 枚	円				

※特定健診項目を含むコースには、午後から必ず面談(診察・結果説明)があります。

健保	入力	確認
コース	- ~	
	- ~	
オプション	- ~	
	- ~	

※お電話にて日程の仮予約をした後、この用紙に記入いただき、FAXまたは郵送して下さい。
※健診日の3週間前までに必ず3枚セットで提出してください。

小牧市民病院健診センター

(R7.12.19作成)

企業(事業所)等による登録申込書

(様式 22)

令和 年 月 日

企業名等	フリガナ			
	名 称			
	住 所	〒		
	担当部署		担 当 者	
	電話番号		F A X	
健康保険 組 合	※健保負担がある場合は必ずご記入ください。			
	名 称			
	住 所	〒		
	担当部署		担 当 者	
	電話番号		F A X	
	府県番号	(例一愛知県23)	保険者番号	
負担割合(○印を)	1 全額個人負担			円
	2 全額企業等負担			円
	3 一部個人負担			円
	4 一部企業等負担			円
	5 健保組合負担			円
	6 その他()			円
問診票送付先(○印を)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 受診者宅 (個別) ▪ 企業等一括 ▪ 健保組合一括 			
本人用 結果票送付先(○印を) (原則自宅)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 全て受診者宅へ ▪ 自宅以外の送付先 ※健診センターまでご連絡ください。 (〒)			
結果票控え(○印を) ※月締めで最終受診日から 3週間以降の送付と なります。	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 送付不要 ▪ 送付希望(送付先:) ※年度ごとに、同意書が必要となりますので健診センターまでご連絡ください。			
その他	※日本語での日常会話が困難な場合、問診票記入の確認と職場の方などの同伴をお願いします。			

※ 請求書は、翌月10日までに送付させていただきます。支払いは、請求月の月末までにお願
 います。なお、送金の際の振込手数料は、御社の負担となりますのでよろしくお願
 います。

健 診 者 名 簿

団体名

No.	病院診察券ID番号 <small>(わかる場合のみ記入)</small>	フリガナ 氏名	生年月日	性別	住 所 (ご自宅)	健診日	コース	オプション	保険者番号 記号・番号
1			S・H	男	TEL				—
			年 月 日	女					
2			S・H	男	TEL				—
			年 月 日	女					
3			S・H	男	TEL				—
			年 月 日	女					
4			S・H	男	TEL				—
			年 月 日	女					
5			S・H	男	TEL				—
			年 月 日	女					
6			S・H	男	TEL				—
			年 月 日	女					
7			S・H	男	TEL				—
			年 月 日	女					
8			S・H	男	TEL				—
			年 月 日	女					
9			S・H	男	TEL				—
			年 月 日	女					
10			S・H	男	TEL				—
			年 月 日	女					