（2025年度）神奈川県労働衛生福祉協会

Ⅰ．一般健康診断コース（特定健診を含む）の検査項目、料金

検査項目	
医師診察、問診	
身長、体重、BMI	
腹囲測定	
血圧、視力	
聴力検査（オージオ1000/4000）	
胸部X線検査	
尿検査	蛋白、糖、潜血
血液一般	赤血球数、白血球数、ヘモグロビン、ヘマトクリット、Fe
	AST、ALT、γ-GT、ALP、中性脂肪、Non-HDLコレステロール
	総コレステロール・LDLコレステロール・HDLコレステロール、
	空腹時血糖、HbA1c、尿酸、クレアチニン、e-GFR
心電図（安静時12誘導）	
特定健康診査質問票	
大腸がん検査（便潜血2回法）	
眼底検査（両眼）	
合計金額（消費税込） ￥15，000	

Ⅱ.オプション健診項目と料金

健診項目	料金（税込）
胃部X線検査（デジタル撮影8枚法）	￥4，180
子宮がん検診（頸部細胞診）	￥4，620
乳がん検診 ：マンモグラフィ（2方向）	￥4，950
乳がん検診：乳腺超音波	￥3，960
前立腺がん検診：血液検査（PSA）	￥2，640

（申込先 ）

一般財団法人 神奈川県労働衛生福祉協会 大和健診事業部

FAX:046−262−9511、TEL:046−262−8155

〒242−0017 神奈川県大和市大和東3−10−18

＊申し込みは、下記の受診先に関わらず、上記”大和健診事業部”にFAXか、電話等にてお願いいたします。

旭化成健康保険組合

家族健診 申込書

＊受診希望先の口にレ印を記入してください

- □ 本部（ 横浜市保土ヶ谷区天王町2−44−9）
- □ 大和健診事業部（大和市大和東3−10−18）

＊大和健診事業部は原則として火曜日に健診を実施します。

申込日 ： 年 月 日

フリガナ		被保険者証 記号	被保険者証 番号	生年月日	
申込者氏名		20 21		S H	年 月 日
住 所 （案内送付先）	〒 ー				
電話番号	*TELは受診日の調整等、昼間に連絡の取れる番号をご記入下さい。				
一般健診 特定健診を含む （希望コースにレ点）	□ コース設定金額 （税込:15，000円）				
オプション健診 （希望項目にレ点）	検査項目		金額（消費税込）		
	□ 胃部X線検査（間接撮影8枚法）		4，180円		
	□ 子宮がん検診:子宮頸部細胞診		4，620円		
	□ 乳がん検診 :マンモグラフィ（2方向）		4，950円		
	□ 乳がん検診 :乳房超音波		3，960円		
	□ 前立腺がん検診:血液検査（PSA）		2，640円		
希望日 （月～金で記入）	第1	年 月 日（ 曜日）			
	第2	年 月 日（ 曜日）			
	第3	年 月 日（ 曜日）			
	*受診日、受付時間は日程案内でお知らせします。				
要望等					

*ご提供いただいた個人情報については、適切に利用し情報管理に十分配慮いたします。

*健診のお申込みをされた方に、後日、健診のご案内をお送り致します。