

(2024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

※赤字の項目は2024年度から追加

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		生年月日	
	記号	番号		
申込者氏名	20 21		S H	年 月 日
住 所 (案内送付先)	〒 —			
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)	<input type="checkbox"/> 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)		
	<input type="checkbox"/> 胃部X線検査(間接撮影8枚法)	4,180円		
	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診:子宮頸部細胞診	4,620円		
	<input type="checkbox"/> 乳がん検診:マンモグラフィ(2方向)	4,950円		
	<input type="checkbox"/> 乳がん検診:乳房超音波	3,960円		
<input type="checkbox"/> 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。