

受診期間		5~2月	
受診曜日・時間帯		月~金 AM~PM	
一般健康診断(基本セット) ※赤字の項目は2024年度から追加			
身体計測	◎ 身長	○	
	◎ 体重(BMI)	○	
	◎ 腹囲	○	
	視力	○	
	聴力	○	
	◎ 血圧	○	
尿検査	◎ 糖	○	
	◎ 蛋白	○	
	ウロビリノーゲン	○	
	潜血	○	
血液検査	◇ 赤血球	○	
	白血球	○	
	血小板数	○	
	◇ ヘモグロビン	○	
	◇ ヘマトクリット	○	
	血清鉄	○	
	総コレステロール	○	
	◎ 中性脂肪	○	
	◎ HDL-C	○	
	◎ LDL-C	○	
	non-HDL-C	○	
	◆ 血糖値	○	
	◆ HbA1c	○	
	◎ GOT	○	
	◎ GPT	○	
	◎ γ-GTP	○	
	ALP	○	
	LDH	○	
	総蛋白	○	
	アルブミン	○	
	A/G比	○	
	総ビリルビン	○	
	尿素窒素	○	
	◇ クレアチニン	○	
	◇ e-GFR	○	
	尿酸	○	
	◇ 心電図検査	○	
眼底検査(両眼)	○		
胸部X線検査(直接撮影)	○		
大腸がん検査(便潜血2日法)	○		
健康診断セット料金		¥15,000円	
オプション項目		男性	女性
乳ガン検査(乳腺超音波)	—	—	¥3,300
乳ガン検査(マンモグラフィー)	—	—	¥3,300(1方向)
			¥5,500(2方向)
子宮ガン検査(子宮頸部細胞診)	—	—	¥4,400
子宮ガン検査(超音波検査・経膈)	—	—	—
骨密度検査	—	—	¥2,200
前立腺腫瘍マーカー(PSA)	¥2,640	—	—
胃部X検査(直接撮影)	※)¥9,350	—	※)¥9,350

価格は消費税込です

○印の付いた項目を実施します。

特定健診項目～ ◎:必須項目、◇:医師の判断に基づき実施する項目、◆:いずれかの項目の実施でも可

※)胃カメラ検査へ変更可能。その場合は差額料金4,950円(税込)が別途発生。

・当日は健診費用を全額お支払いください。

その後、申請により実費額(年間上限家族15,000円、任意継続被保険者本人25,000円)の補助を受けられます。

おおいた健診センター御中

旭化成健康保険組合

2024年度 家族健診(任意継続被保険者本人含む) 申込書

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	男 女	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	一般健康診断セット(基本健診セット) ￥15,000円(消費税込) *原則として一般健康診断(基本セット)は自動的に申し込みとなります。		
オプション 健診 (□にレ点)	<input type="checkbox"/> 乳がん検診:マンモグラフィ(1方向)		乳がん無料クーポン <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 乳がん検診:マンモグラフィ(2方向)		
	<input type="checkbox"/> 乳がん検診:乳腺超音波		
	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診:子宮頸部細胞診		子宮がん無料クーポン <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診:超音波		
	<input type="checkbox"/> 前立腺がん検診:血液検査(PSA)		
	<input type="checkbox"/> 胃部X線検査(直接)		
<input type="checkbox"/> 骨密度検査			
希望日	第1	年 月 日 (曜日)	
	第2	年 月 日 (曜日)	
	第3	年 月 日 (曜日)	
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、健診の日程案内文書をお送りいたします。

問い合わせ・申し込み先

健診機関名	申込受付番号・時間
おおいた健診センター	電話:097-569-2211 FAX:097-569-2212 *8:30~17:00