

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)			
身体計測	◎ 身長		○
	◎ 体重(BMI)		○
	◎ 腹囲		○
	視力		○
	聴力		○
尿検査	◎ 血圧		○
	◎ 糖		○
	◎ 蛋白		○
	ウロビリノーゲン		○
血液検査	潜血		○
	◇ 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

2025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:マンモグラフィー(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:マンモグラフィー(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