

受診期間		5月～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	○	
尿検査	◎ 血糖	○	
	◎ 蛋白	○	
	潜血	○	
血液検査	◇ 赤血球	○	
	白血球	○	
	◇ ヘモグロビン	○	
	◇ ヘマトクリット	○	
	Fe	○	
	総コレステロール	○	
	◎ 中性脂肪	○	
	◎ HDL-C	○	
	◎ LDL-C	○	
	N-HDL	○	
	◆ 血糖値	○	
	◆ HbA1c	○	
	◎ GOT	○	
	◎ GPT	○	
	◎ γ-GTP	○	
	ALP	○	
	LDH	○	
	アルブミン	○	
	アミラーゼ	○	
	総ビリルビン	○	
	総蛋白	○	
	◇ クレアチニン	○	
	◇ e-GFR	○	
尿酸	○		
◇ 心電図検査	○		
眼底検査(両眼)	○		
大腸がん検査(便潜血2日法)	○		
胸部X線検査(直接撮影)	○		
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)	—	—	¥3,850
乳ガン検査(マンモグラフィー)	—	—	¥3,850(1方向)
			¥6,160(2方向)
子宮ガン検査(子宮頸部細胞診)※1	—	—	¥2,200
子宮ガン検査(超音波検査・経膈)※1とセットのみ	—	—	¥3,850
骨密度検査	¥1,540	—	¥1,540
前立腺腫瘍マーカー(PSA)	¥1,980	—	—
胃部X検査(直接撮影)	¥7,150	—	¥7,150

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

・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。

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	20		S	年 月 日
	女	21		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(子宮頸部細胞診とセット受診のみ)				
	<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"/> 大腸がん検査(便潜血2日法)				
<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
大分労働衛生管理センター	電話:097-552-7788 FAX:097-552-7880 受付時間8:20~17:00