FAX送付先: 042-484-0524

※7月22日午前10時より前に届いたものは破棄させていただきます。

フリガナ 受診者氏名	性別 男・女	年齢 歳
---------------	--------	------

分会番号	群番号	組合員番号	組合員氏名 本人・()
------	-----	-------	--------------

事業所一括送付は下に記入

事業所名	電話
------	----

送り先 〒 —

料金支払について	☐ を付けてください	個人支払	当日	会社支払	当日・後日
----------	-----------------------------------	------	----	------	-------

検診項目		土建国保 加入者(1回目)	組合のみ 加入者	75歳以上	受診項目
一般 一 検	身体測定、血圧測定、視力・聴力検査、採血	無料	500	2回目500	全員
	尿検査、胸部レントゲン、心電図検査	2回目500	2回目8,920		

オ プ シ ヨ ン 検 査	①大腸がん(便潜血検査2回)	0(40歳以上)	1,500	
	②胃がん血液検査(ペプシノーゲン検査)		5,500	
	③肺がん(喀痰検査)		3,600	
	④前立腺がん(血液検査)	500(50歳以上)	1,570	
	⑤塵肺		2,090	
	⑥子宮がん(血液検査)		3,300	
	⑦石綿肺		3,100	
	⑧有機溶剤【トルエン・キシレン】	検査を希望する溶剤に○を付けて下さい。	各3,100	
	⑨特定化学物質(溶接ヒューム)		4,400	

合計料金	円	受診する検査項目に○をしてください。↑
------	---	---------------------

メモ欄	受付
-----	----