FAX送付先：042－484－0524

※9月18日午前10時より前に届いたものは破棄させて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（ＨＰに一括申込用紙を掲載していますのでご活用ください）

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	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
一般検診	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		

	検　診　項　目	土建国保加入者（1回目）	組合のみ加入者	受診項目
オプション検査	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		
	検査を希望する溶剤に○を付けて下さい。 ⑧有機溶剤【トルエン・キシレン】	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	