

FAX送付先:042-484-0524

※8月19日午前10時より前に届いた

※送信後到着確認の電話をしていただいて受付完了となります

ものは破棄させていただきます。

フリガナ		性 別 男 ・ 女		年 齢 歳	
受診者氏名					
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
般 診 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9,480		
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			