

FAX送付先:042-484-0524

※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

※10月19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		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 (当日払)		会社支払 (後日振込)	
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】	各3,100			
	⑨特定化学物質 (溶接ヒューム)	4,400			
	⑩インフルエンザ予防接種	4,100			
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			