

生活習慣病予防健診申込書【実費用】

(令和3年度・2021年度)

※年齢対象外の方、協会けんぽ未加入の方やご家族の方は実費となります。

◎必要事項ご記入及び健診種別に○印の上、千代田診療所までFAXでお送りください。

事業所所在地	〒 _____	
	TEL: (_____)	FAX: (_____)
事業所名	_____	
担当者名	_____	

	検査内容	項目	実費金額
一般健診	診察	問診、計測、視力、聴力、腹囲	18,870 円
	血圧測定	坐位	
	尿検査	糖半定量、蛋白半定量、潜血	
	糞便検査	免疫便潜血反応（2日法）	
	血液学的検査	ヘマトクリット値、血色素量、赤血球数、白血球数	
	生化学的検査	総コレステロール、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、中性脂肪、GOT、GPT、γ-GTP、ALP、クレアチニン、空腹時血糖、尿酸	
	心電図	12誘導	
	胸部レントゲン	直接撮影（デジタル）	
削除	胃部レントゲン	直接撮影（デジタル）	11,000 円
	胃部レントゲン	上記一般健診より、胃部レントゲンを除く	

保険者番号	健康保険証の記号
_____	_____

保険証の番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	本人・家族の別	健診種別		千代田診療所に 予約した健診日	備考 (オプション検査等)
					胃あり 18,870 円	胃なし 11,000 円		
		男・女	昭・平 年 月 日	本人・家族	胃あり	胃なし	令和 年 月 日 AM 年 月 日 PM	
		男・女	昭・平 年 月 日	本人・家族	胃あり	胃なし	令和 年 月 日 AM 年 月 日 PM	
		男・女	昭・平 年 月 日	本人・家族	胃あり	胃なし	令和 年 月 日 AM 年 月 日 PM	
		男・女	昭・平 年 月 日	本人・家族	胃あり	胃なし	令和 年 月 日 AM 年 月 日 PM	
		男・女	昭・平 年 月 日	本人・家族	胃あり	胃なし	令和 年 月 日 AM 年 月 日 PM	
		男・女	昭・平 年 月 日	本人・家族	胃あり	胃なし	令和 年 月 日 AM 年 月 日 PM	
		男・女	昭・平 年 月 日	本人・家族	胃あり	胃なし	令和 年 月 日 AM 年 月 日 PM	