

後期集合

(医) あさひ会 西早稲田クリニックが実施する

**令和7年度
家族健診・特定健診 申込書**

この申込書は集合健診専用です

受 診 者	住所 ※上記の宛名住所とお届け 先が異なる場合のみ記入	〒 ー 都道 府県					
	電話番号 ※必須	☎ ()				※日中繋がる電話番号をご記入ください。	
	記号-番号	-	性別		続柄		年齢
	氏名				生年月日		

- **健診会場の選択** 案内書(クリーム色)の裏面に掲載されている会場一覧からお選びください。
可能であれば、第2希望までお書きください。

希望健診会場	健 診 日	会 場 名
第1希望	月 日	
第2希望	月 日	

- **受診を希望する項目に☑を記入してください。**

総合健診 (いずれか1つ)	対象	費用(税込)
<input type="checkbox"/> 家族健診 子宮頸がん検査 あり	家族	1,650円
<input type="checkbox"/> 家族健診 子宮頸がん検査 なし		
<input type="checkbox"/> 特定健診 (検査項目少ない)	40歳以上 本人・家族	無料
<input type="checkbox"/> 希望しない (単科検診のみ受診を希望)		

単科検診 (複数可)	対象	費用(税込)
<input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検診	30歳以上の女性	220円
<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検診	30歳以上の男女	
<input type="checkbox"/> 前立腺がん検診	50歳以上の男性	

ご注意ください

* FAXまたは郵送でお申し込みください (送付先は裏面をご覧ください)。

- 健診日当日に資格のある方のみ受診できます。
- 各種健診 (家族健診、特定健診、生活習慣病健診、人間ドック等)は**年度内(4月1日～翌年3月31日)に1回限り**受けることができます。
- ※ 年度内に**2回以上受診した場合や資格喪失後に受診した場合は、全額自己負担**となりますのでご注意ください。

検査項目比較表

健診種別		家族健診	特定健診
受診対象者		35歳以上の ・被扶養者 (被保険者受診不可)	40歳以上の ・被扶養者 ・任意継続被保険者 ・特例退職被保険者
既往歴・問診・自覚症状・他覚症状・身体診察		●	●
身体計測	身長・体重	●	●
	腹 囲	●	●
	視 力	●	
	聴 力	●	
呼 吸 器	胸部X線	●	
消 化 器	胃部X線	●	
検 尿	尿 糖	●	●
	蛋 白	●	●
	潜 血	●	
	沈 渣	●	
循 環 器	血 圧	●	●
	心電図	●	
肝 機 能	AST・ALT・ γ -GT	●	●
脂 質	HDLコレステロール LDLコレステロール 空腹時中性脂肪	●	●
糖 尿 病	空腹時血糖 HbA1c	●	●
代 謝 機 能	尿 酸	●	
腎 機 能	クレアチニン	●	
血 液 一 般	赤血球数・白血球数・血色素量・ ハマトクリット値・血小板数	●	
検 便	便潜血反応	●	
婦 人 科 (女性のみ)	乳房(超音波)	●	
	子宮頸部細胞診 (自己採取)	●	

【申込書送付先・お問合せ先】

〒110-0015 東京都台東区東上野1-27-2 ☎ 03(3833)3272
 東薬健保 健康開発センター 健診部 予防課
FAX 03(3833)3235

※FAX送信の際は用紙のウラ・オモテにご注意ください。裏面で届き、受付できないケースが増えています。
 「0」発信のFAX機で「0」を付け忘れると、機械が03の0を発信番号と認識して別のところに送信してしまう
 恐れがありますのでご注意ください。

申込者氏名

連絡先

()