前 期 集 合

（医）あさひ会　西早稲田クリニックが実施する

令和６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	個人情報の取扱いについて	☐ 同意する　☐ 同意しない								
	＜**当組合における個人情報の取扱いについて**＞をご確認のうえ、□に✓を記入してください。 ※同意がない場合は受診できません。 ＜**当組合における個人情報の取扱いについて**＞ 本申込書に記入された内容は、本件以外には使用しません。詳細はホームページ等をご参照ください。									
	保険証	記号					番号			
	フリガナ				性別	男・女	続柄			
	氏　名									
	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日生					年齢	歳		
	電話番号	※日中繋がる電話番号をご記入ください ☎　　（　　）								
	住　所	〒　　－ 都道 府県								

●健診会場の選択　案内書の裏面に掲載されている会場一覧からお選びください。

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

●健診種別の選択

1,2,3のいずれか１つ、必ず希望する**健診番号の□に✓**を記入してください。

総合	☐ １．家族健診 子宮頸がん検査 **あり** 被扶養者限定 **1,650 円**（消費税込）	☐ ２．家族健診 子宮頸がん検査 **なし** 被扶養者限定 **1,650 円**（消費税込）	☐ ３．特定健診 40歳以上限定　**無　料** ※検査項目が少ない健診です。 **詳しい検査項目は裏面をご覧ください。**

希望する**検診番号の□に✓**を記入してください。

単科	☐ ４．骨粗しょう症検診 30歳以上女性限定 **220 円**（消費税込）	☐ ５．肝炎ウイルス検診 30歳以上男女 **220 円**（消費税込）	☐ ６．前立腺がん検診 50歳以上男性限定 **220 円**（消費税込）

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）。

※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。

※健診日当日に資格のある方のみ受診できます。**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。

※総合健診を受診する際は「総合健診利用書」（令和６年４月自宅に送付予定）が必要です。

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 中性脂肪	●	●
糖尿病	空腹時血糖 ヘモグロビンA1c	●	●
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・ ヘマトクリット値・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　（　　）