

※申込み締切りは、1月20日です。
 大阪府歯科医師国民健康保険組合
 (FAX: 06-6772-3450)

整理番号

令和2年度 健康診断受診申込書

受診する者	氏名	フリガナ	男 ・ 女
			SH 年 月 日生 (満 歳)
	連絡先 (自宅)	〒	☎ ()
	勤務先	支部	歯科医院 ☎ ()
	被保険者証 記号番号	歯国	資格 (○で囲んでください。)
区分 (該当するものを○で 囲んでください。)	甲種組合員 (後期高齢組合員を除く)	40歳未満の被保険者 (甲種組合員を除く)	40歳以上の被保険者 (甲種組合員を除く)
受診先 (希望する場所を○で 囲んでください。)	大阪府結核予防会 大阪総合健診センター 「中央区(淀屋橋)」	大阪府結核予防会 堺複十字診療所 「堺市」	大阪府結核予防会 大阪病院(午前のみ) 「寝屋川市」
受診希望日 (3週間前までに 申込書をお送り ください。)	第1希望日		第2希望日
	月 日 曜日 9時 10時 11時(堺のみ) 13時 14時	月 日 曜日 9時 10時 11時(堺のみ) 13時 14時	
不要検査項目	(不要な検査を記載下さい)		
	(甲種組合員のみ) 「胃部X線直接撮影」を不要検査項目とする場合、 「以下から1つ」を選択出来ます。		
	<input type="checkbox"/> 胃がんリスク(ペプシノゲン)	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> 前立腺がん(PSA)
	<input type="checkbox"/> 乳がん(マンモグラフィ2方向)※1	<input type="checkbox"/> 子宮がん(直接採取法)※2	
実費検査希望項目 (オプション) (希望項目チェック) (税込金額)	希望検査項目	税込費用	備考
	<input type="checkbox"/> 大腸がん(便潜血検査 2 回法)	1,650円	甲種及び40歳以上の被保険者の健診項目に含まれています
	<input type="checkbox"/> 胃がん(胃部X線直接撮影)	9,020円	甲種組合員の健診項目に含まれています
	<input type="checkbox"/> 胃がんリスク(ピロリ菌抗体(ヘリコバクターピロリ IgG))	880円	甲種組合員の健診項目に含まれています
	<input type="checkbox"/> 胃がんリスク(ペプシノゲン)	3,850円	
	<input type="checkbox"/> 肺がん(喀痰細胞診)	2,420円	
	<input type="checkbox"/> 乳がん[超音波検査]	3,850円	
	<input type="checkbox"/> 乳がん[マンモグラフィ 1 方向]	3,850円	大阪病院 (水・金曜の午前)
	<input type="checkbox"/> 乳がん[マンモグラフィ 2 方向]	5,500円	※1 大阪病院 (水・金曜の午前)
	<input type="checkbox"/> 子宮がん(自己採取法)	1,870円	
	<input type="checkbox"/> 子宮がん(直接採取法)	3,850円	※2 大阪総合健診センター(平日)、 堺複十字診療所(火・金曜の午後)、大阪病院(金曜の午前)
	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー[α-フェト蛋白(精密法)、CEA、CA19-9]	7,700円	
	<input type="checkbox"/> 前立腺がん(PSA)	3,300円	50歳以上
	<input type="checkbox"/> 甲状腺(TSH・FT4)	6,600円	甲種組合員の健診項目に含まれています
	<input type="checkbox"/> 血液セット(痛風(尿酸)、腎機能(血清・尿アミラーゼ))	990円	甲種及び40歳以上の被保険者の健診項目に含まれています
	<input type="checkbox"/> リウマチ(RF 検査)	550円	甲種組合員の健診項目に含まれています
	<input type="checkbox"/> 腹部超音波検査(胆のう・肝臓・脾臓・腎臓・脾臓・腹部大動脈)	5,500円	
	<input type="checkbox"/> 動脈硬化度検査(血管年齢)	1,650円	
	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症(DEXA 法)	2,200円	
	<input type="checkbox"/> LOX-index (脳梗塞・心筋梗塞発症リスクチェック)	13,200円	
	ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> ムンプス <input type="checkbox"/> 水痘	各2,420円	検査項目ごとに、2,420円の費用が必要です

連絡先は問診票等をお送りする際に必要ですから、アパート・マンション・ビル名や号棟・階数、部屋番号等
 正確にご記入ください。