

※FAX の回答までに 14 日程度の日数を要します。予めご了承ください。

飯塚病院予防医学センター宛 FAX:0948-23-9702

A5

2026 年度健康診断確認書 A5

フリガナ 事業所名	
住所	〒

電話番号	
FAX 番号	
ご担当者名	フリガナ
保険者番号	() 支部
保険証記号	

ご記入日： 年 月 日

各項目欄にご記入の上、ご返送の程よろしくお願いたします。

【受診人数】 () 人

【申込内容】 どちらかのコースに○をつけてください。

	健康診断 A コース(14,300 円)
	健康診断 B コース(8,690 円)

【お支払い方法】 下記の 1・2 のいずれかに○をつけて下さい。

健康診断	子宮がん検診	乳がん検診
1. 全額会社請求	1. 全額会社請求	1. 全額会社請求
2. 窓口払い(個人負担)	2. 窓口払い(個人負担)	2. 窓口払い(個人負担)

【受診される方の案内状及び結果報告書の送付先】送付先についていずれかに○をつけて下さい。

案内状・尿容器送付先		個人宅宛て		事業所宛て
本人結果報告書送付先		個人宅宛て		事業所宛て

【請求書発行について】

- ① 翌月の 15 日までに、請求書および事業所控え分の結果報告書(会社控え分)をまとめてお送りいたします。事業所控え分の結果報告書の希望項目に○をつけてください。
- ② 「○」のチェックがない場合、事業所結果報告書の控えは、お送りいたしません。

事業所用報告書会社控え発行について(事業所請求ありの場合のみ)		希望
婦人科検診結果会社控え		希望

- ③ 請求額支払いの際のお振込み手数料は、貴社負担をお願い申し上げます。
- ④ 請求先が上記事業所と異なる場合は下記にご記入願いたします

請求先宛名	
請求書送付先名	
請求書送付先住所	〒

事業所名

2026 年度健康診断申込書 A6

受診者名	フリガナ	性別	
	様	男・女	
生年月日	S・H 年 月 日	年度年齢 歳	
住所	〒	保険証記号	
携帯電話		保険証番号	
受診希望月日	第1希望	第2希望	第3希望

どちらかのコースに○をつけてください。	健康診断 A コース(14,300 円)	
	健康診断 B コース(8,690 円)	
医師の問診についてどちらかに「○」をつけてください。	問診必要	問診不要

婦人科検診をご希望の場合、該当部分に○をつけてください				料金
協会けんぽ補助あり (偶数年齢 20~38 才)		子宮がん検診	経膈超音波検査費 2,200 円含みます	3,190 円
協会けんぽ補助なし		乳がん検診		6,600 円
		子宮がん検診		5,500 円

検査項目一覧

	検査項目	健康診断(A)	健康診断(B)
身体計測	身長・体重・腹囲・血圧・視力測定・聴力検査	●	●
尿検査	蛋白・糖・潜血・沈渣	●	●
胸写	胸部X線撮影2方向(直接撮影)	●	●
心電図		●	
貧血検査	赤血球・ヘモグロビン・ヘマトクリット	●	
	MCV・MCH・MCHC	●	
	血小板・血液像	●	
肝機能	AST(GOT)・ALT(GPT)・γ-GT(γ-GTP)	●	
	LD(LDH)、ALP	●	
	総ビリルビン・直接ビリルビン	●	
	血清アルブミン	●	
	血清総蛋白・アルブミン・グロブリン分画	●	
	血清アマラーゼ	●	
腎臓	尿素窒素・クレアチニン・eGFR	●	
電解質	ナトリウム・カリウム・クロール・カルシウム	●	
尿酸	尿酸	●	
脂質検査	総コレステロール・中性脂肪・HDL-コレステロール・ LDL-コレステロール・Non-HDL コレステロール	●	
糖代謝	空腹時血糖	●	
	グリコヘモグロビンA1c	●	
炎症	CRP	●	
	白血球	●	

【問合せ先】 飯塚病院予防医学センター ☎0948-29-8009 FAX0948-23-9702
〒820-8505 飯塚市芳雄町 3-83 受付時間 10:00~16:00 (平日)