

(※被保険者本人用) 2021年度 全国健康保険協会・生活習慣病予防健診希望者名簿

下記①～③について、記入もれのないようご記入下さい。

※35歳未満の方への法定の健康診断を希望される場合は、別紙申込書をご案内しますのでそちらにご記入下さい。

2021年度版 No. 2

※各健診の対象年齢のご確認をお願いします。ご確認は全国健康保険協会より発行されるパンフレットやホームページをご覧ください。

| | | | | | | | | | | |
|---|--------------------|---------|----------|--------|-----|---------------------|----|------|--|--|
| ① | 事業所名 (※必ずご記入ください) | | | | | | | | | |
| ② | 保険者番号 (※必ずご記入ください) | | | | | | | | | |
| ③ | 第1希望日 | 第2希望日 | 保険証の記号番号 | フリガナ氏名 | 性別 | 生年月日 | 住所 | 電話番号 | 健診コース ※付加・婦人科検診は対象年齢が要確認下さい | |
| | 月 日 () | 月 日 () | | | 男・女 | 西暦 年 月 日 (歳) | | | <input type="checkbox"/> 一般(バリウム) <input type="checkbox"/> 一般(胃カメラ) <input type="checkbox"/> 一般(胃なし) <input type="checkbox"/> 一般(バリウム)+付加 <input type="checkbox"/> 一般(胃カメラ)+付加 | <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん |
| | 月 日 () | 月 日 () | | | 男・女 | 西暦 年 月 日 (歳) | | | <input type="checkbox"/> 一般(バリウム) <input type="checkbox"/> 一般(胃カメラ) <input type="checkbox"/> 一般(胃なし) <input type="checkbox"/> 一般(バリウム)+付加 <input type="checkbox"/> 一般(胃カメラ)+付加 | <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん |
| | 月 日 () | 月 日 () | | | 男・女 | 西暦 年 月 日 (歳) | | | <input type="checkbox"/> 一般(バリウム) <input type="checkbox"/> 一般(胃カメラ) <input type="checkbox"/> 一般(胃なし) <input type="checkbox"/> 一般(バリウム)+付加 <input type="checkbox"/> 一般(胃カメラ)+付加 | <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん |
| | 月 日 () | 月 日 () | | | 男・女 | 西暦 年 月 日 (歳) | | | <input type="checkbox"/> 一般(バリウム) <input type="checkbox"/> 一般(胃カメラ) <input type="checkbox"/> 一般(胃なし) <input type="checkbox"/> 一般(バリウム)+付加 <input type="checkbox"/> 一般(胃カメラ)+付加 | <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん |
| | 月 日 () | 月 日 () | | | 男・女 | 西暦 年 月 日 (歳) | | | <input type="checkbox"/> 一般(バリウム) <input type="checkbox"/> 一般(胃カメラ) <input type="checkbox"/> 一般(胃なし) <input type="checkbox"/> 一般(バリウム)+付加 <input type="checkbox"/> 一般(胃カメラ)+付加 | <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん |

その他連絡等ございましたら下記にご記入ください。

★お申込いただきありがとうございます。上記枠内に記入の上、お送りしたNo.1のFAX送付書兼申し込み用紙と一緒に返信いただきますようよろしくお願いいたします。

★1日の定員は4名程度とさせていただきますが、ご希望に添えない場合もございます。あらかじめご了承ください。

★胃カメラ検査の実施曜日は(月)(火)(水)(木)(金)です。また、胃内部の状態によっては「病理組織検査」が発生します。

★乳がん・子宮頸がん検診は委託先で検査をしていただきます。(毎月15日まで、木・土は午後なし)

★料金について 税込 税率10% の料金です。※健診実施日における税率を適用。

- 一般健診・・・7,169円 ●付加健診・・・一般健診に4,802円追加(今年度40・50歳の方) ●一般健診(胃なし)・・・3,819円
- バリウムを胃カメラ検査へ変更・・・一般健診に2,000円追加 ●病理組織検査・・・保険適応(3割負担で4,000円前後)

〒731-5115

広島市佐伯区八幡東3-11-29

生協さえき病院 (3410221703)

電話 (082) 926-4511

| | | | | |
|-------|---------|--------|-------|-------|
| 当院使用欄 | (確定・連絡) | (オーダー) | (グッズ) | (婦人科) |
|-------|---------|--------|-------|-------|

生協さえき病院で受けられる **健康診断** のご案内

消費税10%(税込)での価格です。

| ■組合員健診 | 組合員価格※1 | | 一般 | |
|--|--|---|-----------|---------|
| | 新ウエストコース 特定健診とセットで受けられる 生協さえき病院オリジナル健診コース | 特定健診基本項目(身体計測・血圧・脂質・肝機能・血糖・尿検査※3)・胃がん検診・肺がん検診・大腸がん検診・腹部エコー・骨粗鬆症検診(DEXA法)・内臓脂肪CT | | |
| 広島市特定健診受診券(40歳~59歳) (広島市がん検診チケット併用) | 胃透視(バリウム) | 胃カメラ※2 | 胃透視(バリウム) | 胃カメラ※2 |
| | 14,350円 | 15,450円 | 19,780円 | 20,880円 |
| スタンダードコース どなたでも受けられるコース 広島中央保健生協の組合員ドック | 計測・視力聴力・胸部X線検査・血圧・心電図・胃透視(または胃カメラ※2)・便潜血検査・腹部エコー・血液一般・肝機能・腎機能・脂質・糖尿病検査・尿検査・甲状腺ホルモン | | | |
| | 30,120円 | | 43,020円 | |
| 胃の検査をされない場合 | 18,480円 | | 26,400円 | |

※1 組合員価格で健診を実施するには、広島中央保健生活協同組合への組合員加入が必要です。

※2 胃カメラ検査では心電図検査を行います。医師の判断で病理組織検査を行う場合があります。

※3 広島市国保加入の方は腎機能、貧血検査が追加されます。

*新ウエストコースは、加入されている保険や居住地によって料金が異なります。詳しくはお問い合わせください。

■特定健診

…「特定健康診査受診券」をお持ちの方。

| | |
|------|--|
| 【内容】 | 基本項目：身体計測・血圧・血液検査(脂質・肝機能・血糖)・尿検査 |
| | 詳細項目：貧血検査・心電図・眼底検査(前年の結果に基づき、医師の判断で実施) |
| 【料金】 | 加入されている健康保険により異なります。 例) 広島市国保40歳~59歳:500円・自費:8,340円(8,490円) |

* 広島市国保の方のみ…基本項目に血液検査として腎機能・貧血検査が追加されます。(H28年度~)

■事業所健診

…どなたでも受けられますが、主に職場等に提出していただく健診内容です。

| | | |
|--------|---------|------------------------------------|
| Aコース | 6,120円 | 身長・体重・血圧・問診・診察・視力・聴力・尿検査・胸部レントゲン撮影 |
| Bコース | 9,160円 | Aコース+血液検査(血液一般・肝機能・脂質・血糖) |
| Cコース | 10,090円 | Bコース+心電図・腹囲測定・血液検査の追加(HbA1c) |
| 深夜業務健診 | 5,090円 | 身長・体重・血圧・問診・診察・視力・聴力・尿検査 |

*Aコース(34歳以下・36~39歳)Cコース(35歳・40歳以上)は労働安全衛生法に基づきます。

■広島市がん検診(40歳~69歳：一部金額負担)(70歳以上：無料)

…広島市に住民票を置く40歳以上の方で、会社等で健康診断を受ける機会のない方。

- 胃がん検診(胃透視)2,200円(胃カメラ※50歳以上、隔年実施)3,300円 ※組織検査実施の場合は健康保険を適用します。
- 肺がん検診(胸部レントゲン撮影)400円・大腸がん検診(便潜血検査)400円
- 骨粗鬆症検診(骨密度測定)1,200円…※女性は20歳から5歳間隔、男性は40歳から5歳間隔の年齢が対象

■協会けんぽ生活習慣病予防健診

(一般健診：7,169円 付加健診：4,802円 乳・子宮がん検診：最高2,725円)

…全国健康保険協会(協会けんぽ)の健康保険加入者本人で35才から75才未満の方。

*全国健康保険協会への申し込みが必要。乳・子宮がん検診は他院紹介。詳しくはお問い合わせ下さい。

■広島県建設国保組合人間ドック

(組合員：6,020円 一般：8,600円 オプション検査：5,000円まで組合が負担)

…広島県建設国民健康保険組合の健康保険加入者の方。事前に組合への申し込みが必要。

■被爆者健診(無料)

…被爆者手帳・黒い雨手帳をお持ちの方。

一般(精密)検査・肺がん検診・胃がん検診・大腸がん検診・多骨性骨髄腫から選択。

■被爆者二世健診(無料)

…両親のいずれかが原子爆弾被爆者であって、広島県内に居住する方。事前に行政への申し込みが必要。

一般検査(測定・診察・血液検査・尿検査)・精密検査(血液検査・心電図)

*お申し込み・お問い合わせは…〒731-5115 広島市佐伯区八幡東3-11-29

生協さえき病院

電話(082)926-4511 FAX(082)926-4522

生協さえき病院でできる健診料金一覧表

■オプション検査■

| 検査項目 | | (税10% 税込価格) | |
|-------------------|-------------------------------------|-------------|---------|
| | | 組合員 | 一般 |
| 腫瘍マーカー | CEA・CA19-9 (消化器系) | 2,880円 | 4,110円 |
| | エラスターゼ (膵臓系) | 2,150円 | 3,070円 |
| | PSA (前立腺) | 2,190円 | 3,120円 |
| 腫瘍マーカーセット | マーカーセット① (エラスターゼ+PSA) | 2,880円 | 4,110円 |
| | マーカーセット② (CEA・CA19-9+エラスターゼ) | 3,340円 | 4,770円 |
| | マーカーセット③ (CEA・CA19-9+PSA) | | |
| | マーカーセット④ (CEA・CA19-9+エラスターゼ+PSA) | 4,350円 | 6,200円 |
| ペプシノゲン | | 1,430円 | 2,040円 |
| 肺(胸部)CT | | 11,330円 | 16,170円 |
| 喀痰検査 | | 3,310円 | 4,730円 |
| 頸動脈エコー(超音波検査) | | 2,700円 | 3,850円 |
| 骨密度検査(DEXA法) | | 3,470円 | 4,950円 |
| 脈波検査 | | 1,000円 | 1,430円 |
| 胃カメラ検査 ※1※2 | | 11,640円 | 16,630円 |
| 胃カメラ検査+心電図(単独)※2 | | 13,070円 | 18,060円 |
| 病理組織検査 | | 6,600円 | |
| バリウム/胃透視検査 | | 10,360円 | 14,800円 |
| 腹部エコー(超音波検査) | | 4,080円 | 5,830円 |
| 歯科検診 | | 770円 | 1,100円 |
| 甲状腺エコー(超音波検査) | | 2,700円 | 3,850円 |
| 内臓脂肪検査 | 内臓脂肪CT・Aコース (腹部CT) | 3,300円 | 5,500円 |
| | 内臓脂肪CT・Bコース (腹部CT+血液検査)※3 | 6,240円 | 9,690円 |
| 心電図 | | 1,430円 | |
| 貧血検査(特定健診にのみ追加可能) | | 230円 | |
| 眼底検査 | | 1,230円 | |
| 便潜血検査 | | 1,570円 | |
| 肺機能検査(スパイログラフィー) | | 3,630円 | |
| 胸部レントゲン | | 2,310円 | |
| 視力検査 | | 760円 | |
| 聴力検査(オーディオメーター) | | 1,210円 | |
| 便細菌培養検査 | | 3,660円 | |
| 虫卵検査 | | 540円 | |

※1 心電図のあるコースへ胃カメラを追加される場合の料金です。(事業所健診Cコース・被爆者二世健診等)

※2 胃カメラ検査には心電図検査を伴います。検査中、医師の判断で病理組織検査を行う場合があります。

※3 血液検査は、血糖・T-CHO・HDL-CHO・LDL-CHO・TG・HbA1c