平成　　年　　月　　日

健康診断申込書

〔団体コード　　〕宝塚商工会議所

ﾌﾘｶﾞﾅ		
事業所名		
〒		
住所		
電話		
FAX		
担当	所属	氏名
健康保険の種類	全国健康保険協会管掌健康保険	記号
	健康保険組合	

受診希望日及び受診者内訳(人数)をご記入ください。

希望日	A 協管	B 生活習慣病予防健診	C 定期
9／18(火)			
9／19(水)			

※健診コースにつきましては同封の「健診コースについて」をご参照ください。

※各日100名を定員とさせていただきます。

※時間指定のご要望がある場合は、備考欄にご記入ください。

同時間にお申し込みが多数ありました場合は、先着順とさせていただきます。ご了承くださいますようお願い申し上げます。

追加項目(税込)			追加項目受診者名	
血液追加検査※1	前立腺がん検査(PSA)	¥1,447	人	
	卵巣がん検査(CA125)	¥1,641	人	
	肝炎検査(B型・C型肝炎)	¥2,181	人	
	心臓機能マーカー検査(BNP)	¥1,512	人	
	ヘモグロビンA1c	¥529	人	
	ヘリコバクターピロリ菌	¥864	人	
眼底検査		¥1,252	人	
胃がん検査		¥6,912	人	
大腸がん検査		¥1,317	人	
じん肺健康診断※2		¥1,695	人	

※1　血液追加検査の料金は、A・B・Cいずれかのコースで採血をされた方に対して適用されます。

※2　粉じん作業に従事されている方が対象です。

備考欄

公益財団法人　兵庫県健康財団　　℡078-793-9333

今回の健康診断申込につきましては、同封されています「健康診断受診にあたっての同意確認」を事業所、受診者ともに、了承の上で申し込まれていることとさせていただきます。

お申込期限：平成30年7月27日(金)必着

ご確認済みのマスター一覧表と共にご返送ください。