

聞き間違い防止のため、申込書の提出にご協力ください。
私は別記の（提供された個人情報の取扱いについて）に同意し、本健診を申込みます。

フリガナ		性別	フリガナ		性別
受診者名		男・女	受診者名		男・女
初めて受診される方は右欄に○			初めて受診される方は右欄に○		
生年月日	昭和 平成	年 月 日	生年月日	昭和 平成	年 月 日
住所	〒		住所	〒	
TEL	自宅 () - 携帯		TEL	自宅 () - 携帯	

JAの正・准組合員やその同居家族が、個人でJAひすい組合員総合健診を受診した場合、糸魚川総合病院より1,000円助成いたしますので、確認のため該当の区分にチェックしてください。④の方は組合員である家族氏名および続柄を記入してください(組合員区分は申込時点に限りませす)。

組合員氏名	組合員との続柄 ()			組合員氏名	組合員との続柄 ()		
組合員区分	⑦組合員	①同居家族	②員外	組合員区分	⑦組合員	①同居家族	②員外
※女性部員のみ 女性部グループ名				※女性部員のみ 女性部グループ名			
※農業法人従業員のみ 農業法人名				※農業法人従業員のみ 農業法人名			
希望日	1. なし	2. あり	____月 前半 後半	希望日	1. なし	2. あり	____月 前半 後半

検査項目	基本料金	希望欄に○	検査項目	基本料金	希望欄に○
①胃バリウム検査	500円		①胃バリウム検査	500円	
②胃カメラ検査	5,000円		②胃カメラ検査	5,000円	
③喀痰検査	2,000円		③喀痰検査	2,000円	
④骨密度検査	1,500円		④骨密度検査	1,500円	
⑤前立腺がん検診	1,000円		⑤前立腺がん検診	1,000円	
⑥腹部エコー検査	3,000円		⑥腹部エコー検査	3,000円	
⑦子宮がん検診	3,000円		⑦子宮がん検診	3,000円	
⑧乳がん検診	3,500円		⑧乳がん検診	3,500円	
⑨甲状腺ドック	3,500円		⑨甲状腺ドック	3,500円	
⑩肝ドック	3,000円		⑩肝ドック	3,000円	
⑪尿中ヘリコバクターピロリ	1,000円		⑪尿中ヘリコバクターピロリ	1,000円	
⑫血管ドック	4,000円		⑫血管ドック	4,000円	
⑬アミノインデックス	22,000円		⑬アミノインデックス	22,000円	

※受診日についてはご希望にそえない場合があります。

検査内容	基本料金
<p>基本 ミニドック</p> <p>※検査内容については表面参照。 ～保健指導が必要な方には、健診当日に保健師からお話があります～</p> <p>★糸魚川市国民健康保険の特定健診対象者・糸魚川市に住所がある後期高齢者医療保険加入者は組合員及び同居家族2,500円・組合員以外6,500円となります。</p> <p>※今年度、既に市の助成のある特定健康診査(集団・施設)、人間ドックを受診した方は、右記の基本料金となります。</p>	<p>組合員及び同居家族 6,500円</p> <p>上記以外 10,500円</p>
①胃バリウム検査	500円
②胃カメラ検査	5,000円
③喀痰検査	2,000円
④骨密度検査	1,500円
⑤前立腺がん検診	1,000円
⑥腹部エコー検査	3,000円
⑦子宮がん検診	3,000円
⑧乳がん検診	3,500円
⑨甲状腺ドック	3,500円
⑩肝ドック	3,000円
⑪尿中ヘリコバクターピロリ	1,000円
⑫血管ドック	4,000円
⑬アミノインデックス	22,000円

※上記以外のオプション検査の受付は健診当日に行います(検査内容や料金等は受診日決定の案内に同封します)。

キ
リ
ト
リ
セ
ン