

申込先 **パナソニック健康保険組合
健康管理センター（東京）
健診予約係**

FAX **03-5777-8914**
郵送 〒105-0003 東京都港区西新橋3-8-3
ランディック新橋ビル3階

住所 〒 _____
フリガナ _____
氏名 _____ 様

生年月日 性別 _____ 年 _____ 月 _____ 日 男・女
電話番号 _____
被保険者番号 記号 88 _____ 番号 8888888888

※ 住所及び電話番号・被保険者番号は必ずご記入ください。
※ 2人以上のお申込みの場合は、恐れ入りますが当用紙をコピー等の上、お一人様一枚ずつ記入をお願いします。また同日受診を希望の場合は、下記に氏名をご記入ください。

_____ 様と同日受診希望

希望されるコースに○をつけてください。

特定健診コース 無 料
(血液・検尿等のメタボに着目した健診)

基本健診コース 4,000円 (税込)
(特定健診コースに胸部X線・心電図・便潜血反応等が加わった健診)

基本健診おすすめセット 10,000円 (税込)
追加検査(胃部X線・腹部超音波検査)
*従来のオプション健診コースと同内容

追加検査
追加希望検査に○をつけてください。健診当日の追加はご遠慮願います。

胃がん検診

- 受診しない 料金(税込)
- 上部消化管検査(胃部X線検査・デジタル撮影) --- 3,600円
- ☆上部消化管内視鏡検査(胃カメラ検査) ----- 6,600円

- 腹部超音波検査(エコー検査) ----- 2,400円
・眼底検査、眼圧測定、肺機能検査を含む

- 動脈硬化検査(血圧脈波検査) ----- 3,240円
- ☆動脈硬化検査(頸動脈超音波検査) ----- 3,780円
(木曜日の午後のみのご受診となります)
- 骨粗鬆症検査(骨密度検査) ----- 2,160円
- 腫瘍マーカー検査(血液検査・CEA・CA19-9) ----- 4,320円
- 前立腺がん検査(血液検査・PSA) ----- 1,510円
- B型肝炎検査(血液検査) ----- 1,290円
- C型肝炎検査(血液検査) ----- 2,160円
- ピロリ菌検査(血液検査) ----- 1,080円
(過去に除菌された方は対象外です)
- アレルゲン検査(血液検査・鼻炎用・喘息用) ----- 10,800円
- アレルゲン検査(血液検査・アトピー性皮膚炎用) --- 10,800円

☆の追加検査は健診とは別日(後日)にご受診いただくこともできます。

子宮頸がん検査 ----- 外部健診機関で受診
乳がん検査 ----- 外部健診機関で受診
※受診方法はご予約いただいた方に別途ご案内いたします。

● 直通電話: 03-5777-8910
※お問い合わせは、平日の9:00~17:00をお願いします。

健診のご都合の悪い日を下記カレンダーに×をつけてください(土・日・祝日は除く)。

受診年月 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (センター記入欄)
受診年月を変更される場合 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1	2	3	4	5	6	7
×	×	×	×	×	×	×
8	9	10	11	12	13	14
×	×	×	×	×	×	×
15	16	17	18	19	20	21
×	×	×	×	×	×	×
22	23	24	25	26	27	28
×	×	×	×	×	×	×
29	30	31				
×	×	×				

(お申込みに関する注意事項)

- ・「基本健診コース」および腹部超音波検査(眼底検査、眼圧測定、肺機能検査を含む)はセット料金のため、一部の検査をキャンセルされても料金の変更(減額)はございません。
- ・FAX・郵便申込(優先割当)は受診希望月の2ヶ月前の1日までに届いた分を割当し、原則として2週間以内に受診票送付にて受診日をご連絡いたします。ご希望に添えなかった場合はこちらからご連絡をいたします。
- ・電話申込は、受診希望月の2ヶ月前の5日よりお受けいたします。
(例) 6月10日が健診希望の場合
→4月1日までに申込書必着。電話申込は4月5日から開始します。