

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 _____
被保険者記号 番号 記号 88 番号 8888888888 枝番 88

※ 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。

希望されるコースに○をつけてください。
※記載金額は自己負担額(税込)です

_____ 様と同日受診希望

ドック健診コース 13,000円 (税込)
(オプションを追加したい方)

オプション検査 追加希望検査に○をつけてください。受診当日の追加・変更はご遠慮願います。 料金(税込)

- 上部消化管内視鏡検査（胃カメラ検査） 3,060円
* 医師の判断により生検(病理検査)をした場合、追加で5,160円かかります。 (※胃部X線検査との差額)
* 火～金曜日の午前のみのご受診となります。
- 動脈硬化検査（血圧脈波検査） 3,300円
- 動脈硬化検査（頸動脈超音波検査） 3,850円
* 火曜日・木曜日の午前のみのご受診となります
- 骨粗鬆症検査（骨密度検査） 2,200円
- 消化器腫瘍マーカー検査（血液検査：CEA・CA19-9） 4,620円
- 肺腫瘍マーカー検査 8,800円
（血液検査：CEA・シフラ・ProGRP・SCC）
- 心臓病検査（血液検査：NT-proBNP） 3,520円
- 甲状腺検査（血液検査：TSH・FT4・FT3） 4,620円
- ピロリ菌検査（血液検査：HPAb） 2,200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：鼻炎喘息用） 11,000円
- アレルゲン検査（血液検査：アトピー性皮膚炎用） 11,000円
- B型肝炎検査（血液検査：HBsAg） 1,320円
- C型肝炎検査（血液検査：HCVAb） 2,530円

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

受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)。

(センター記入欄)
受診年月 受診年月を変更される場合
2028 年 88 月 2028 年 88 月

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				
×	×	×				

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)

オプション検査 追加希望検査に○をつけてください。受診当日の追加・変更はできかねます。 料金(税込)

- 上部消化管検査（胃部X線検査・デジタル撮影） 3,660円
- 上部消化管内視鏡検査（胃カメラ検査） 6,720円
* 医師の判断により生検(病理検査)をした場合、追加で5,160円かかります。
* 火～金曜日の午前のみのご受診となります。

< FAX・郵送でお申し込んだ方へ >

- お届けする受診案内で健診日時をご確認ください。
なお、ご希望に添えない場合はこちらからご連絡いたします。
- 年度末(2027年3月末日)までの健診予約が可能になりました。

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)

子宮頸がん検査、乳がん検査は、提携の健診機関での受診となります。※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。