法定健診（企業健診）申込書（事業所用）

医療法人成幸会 下松病院 健診部門 宛　FAX 0833-41-2423 ／ TEL 0833-41-2727　受付：月火水金 8:30～17:30／木土 8:30～12:00

■ 事業所情報・ご希望日・お支払い

事業所名		申込日	令和　　年　　月　　日
所在地	〒　　－	ご担当者名（部署）	
TEL		FAX	
ご希望日 （全員共通の場合）	第1希望：　　月　　日（□午前　□午後） 第2希望：　　月　　日（□午前　□午後）	結果報告書の送付先	□ 事業所ご担当者様宛 □ その他（　　）
お支払い	□ 請求書払い　□ 当日精算		

■ 健診コース（下記のコードを名簿の「コース」欄にご記入ください）

コード	コース名	主な内容・対象	料金（税込）
A	雇入健診（全項目）	入社時の健診。労働安全衛生規則第43条の11項目。項目の省略はできません。	¥8,800
B	健診Ⅰ（定期健診）	34歳以下・36～39歳の方	¥5,500
C	健診Ⅱ（定期健診・全項目）	35歳の方および40歳以上の方（血液検査・心電図を含む）	¥8,800
D	健診Ⅰ＋血液検査または心電図	39歳以下で追加をご希望の方（B＋¥2,200）。追加する検査を名簿の備考欄にご記入ください。	¥7,700
E	人間ドック	胃カメラ・腹部超音波・便潜血（2日法）・呼吸機能を含む／当日医師が結果説明	¥33,000

※ 健診Ⅰ・Ⅱの血液検査は貧血・血糖・脂質・肝機能です。尿検査は全コース共通で実施します。健診Ⅰ・Ⅱは法令の健診項目と省略基準をふまえた当院のコース区分です（項目の省略には医師の判断などの要件があります）。
年齢は、その年度中に達する年齢（令和8年度は2026年4月2日～2027年4月1日に達する年齢）で判定します。

■ オプション検査（下記のコードを名簿の「オプション」欄にご記入ください。複数記入できます）

コード	検査項目	料金（税込）	申込期限	コード	検査項目	料金（税込）	申込期限	コード	検査項目	料金（税込）	申込期限
①	甲状腺検査 （TSH・FT3・FT4）	¥3,300	当日可	⑥	腫瘍マーカー 女性セット （CEA・CA19-9・AFP・CA125）	¥5,500	当日可	⑪	腹部超音波検査	¥5,500	当日可
②	リウマチ検査（RF）	¥2,200	当日可	⑦	腫瘍マーカー 1項目のみ（項目名を名簿にご記入）	¥2,200	当日可	⑫	眼底検査	¥1,100	当日可
③	肝炎ウイルス （HBs抗原・HCV抗体）	¥3,300	本人申込のみ	⑧	心不全検査 （NT-proBNP）	¥3,300	当日可	⑬	呼吸機能検査 （スパイロメトリー）	¥2,200	当日可
④	HBs抗体	¥2,200	本人申込のみ	⑨	胃カメラ検査（経口・経鼻）	¥15,400	3営業日前	⑭	骨密度検査（超音波法）	¥1,100	当日可
⑤	腫瘍マーカー 男性セット （CEA・CA19-9・AFP・PSA）	¥5,500	当日可	⑩	胃がんリスク検査 （ピロリ菌＋ペプシノゲン）	¥4,400	3営業日前				

法定健診（企業健診）申込書（事業所用） 受診者名簿　※11名以上の場合は本紙をコピーしてご利用ください。

No.	フリガナ	氏 名	性別	生年月日	年齢	コース（A～E）	オプション（①～⑭）	希望項目・ご記入事項	第1希望日（月／日）午前・午後	第2希望日（月／日）午前・午後	備 考
例	ケンシン ハナコ	健診 花子	女	H2.10.1	35	C	①⑦	腫瘍マーカー：CEA	9／14 午前	9／18 午前	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

※「第1希望日・第2希望日」欄：受診者ごとに希望日が異なる場合にご記入ください。
※ 胃カメラ・人間ドックなど胃部検査のある方は、原則として午前の受診をお願いしています。

■ お申し込みにあたって

1. 本申込書は仮受付です。日程は当院で調整のうえ、担当者よりご連絡します。ご希望に添えない場合があります。
2. キャンセル・日程変更は、受診予定日の3営業日前までにご連絡ください。

■ 個人情報の取扱いについて

ご記入いただいた情報および健診結果は、健康診断の実施、事業主への結果報告、法令に基づく報告、検査の外部委託およびこれらに付随する連絡の目的にのみ使用します。

事業所名		ご担当者 確認欄（署名または記名押印）	