

## 当健康保険組合 健康管理室の 半日人間ドック受検要項

1. 受検資格 満35才以上の被保険者 及び 満35才以上の被扶養者

2. 利用料金

(1) 基本料金

検 査 項 目	料 金
① 身体計測 (身長・体重・体格指数・腹囲・視力・聴力) ② 胸部X線(直接)、胃部X線(直接) ③ 血圧、心電図、眼底カメラ ④ 血液検査 i) 肝機能、HBs抗原・抗体、HCV抗体 ii) 腎・膵機能 iii) 糖代謝、血中脂質、尿酸 iv) 炎症反応、リウマチ、梅毒 v) 貧血	⑤ 尿検査(糖・蛋白・潜血) ⑥ 便潜血反応 (ヒトヘモグロビン) ⑦ 超音波(胆のう) ⑧ 問診  10,000 円

(2) オプション検査

腫瘍マーカー

検 査 項 目		特異性の高い臓器	料 金
単 項 目	AFP (αフェトプロテイン)	肝臓	850円
	CEA	消化器・肺	850円
	CA19-9	膵臓	1,000円
	男 PSA	前立腺	1,080円
	女 CA125	子宮・卵巣	1,150円

	検 査 項 目	料 金
①	AFP+CEA	1,650円
②	AFP+CEA+CA19-9	2,500円
③男	AFP+CEA+PSA	2,500円
④女	AFP+CEA+CA125	2,500円
⑤男	AFP+CEA+CA19-9+PSA	3,500円
⑥女	AFP+CEA+CA19-9+CA125	3,500円

3. 実施場所 当組合「健康管理室」  
及び実施日 年間を通じて、火曜日・金曜日  
午前9時 受付・午前10時 受付

#### 4. 申込方法

所定の「人間ドック申込書」及び「腫瘍マーカー申込書」に必要事項をご記入のうえお申し込みください。（郵送及びFAXでも可）

郵送・FAXの場合は申し込みと同時に利用料金をお振込ください。

なお、振込の場合、領収書は発行しませんので、振込依頼書が領収書代わりになります。

「人間ドック申込書」は健康管理室へ請求してください。

- ア. 腫瘍マーカーを希望する場合は（ ）に希望番号を、単項目希望の場合は検査項目をご記入ください。
- イ. 受付時間の欄に午前9時又は午前10時のいずれかに○印を付してください。申し込み予約が、いずれかの時間帯に集中する場合は、申し込み順に応じて受付時間を変更することがありますので、あらかじめご了承くださいますようお願いいたします。
- ウ. 検査の終了は、受付時間から約2時間の予定です。

#### 5. 結果説明及び指導

受検後10～14日後、当健康管理室にて結果説明があります（木曜日）  
希望により郵送も可。

#### 6. その他

- (1) 申し込まれますと、人間ドック日を確認のうえ、受検票、問診票、注意事項、便潜血反応検査の容器を後日郵送します。
- \* 検査の前日および当日は注意事項を厳守してください。
- (2) 受検票、便潜血反応検査の容器は、検査当日受付へご持参ください。
- (3) 受検日の変更はなるべく早めにお知らせください。
- (4) 人間ドック申込後の有効期間は1年間です。

満35才未満の方は受検対象外であり、御希望の方は経費として30,000円が必要です。

\* 詳細については、健康管理室（TEL 06 - 6271 - 0654）までお願い致します。