

①

(団体用)

2024年度 [ 協会けんぽ 生活習慣病予防健診  
企業健診 ] 申込書

※太枠は全てご記入をお願いします。

フリガナ	
事業所名	
所在地	〒

申込日	年 月 日
電話番号	
FAX番号	
フリガナ	
ご担当者名	
保険者番号	
記号	

2024年度の健康診断を以下の通り申し込みます。なお、当社の受診者の同意を得たうえで事前に個人情報(氏名・生年月日等)を提供し、検査結果の報告を依頼します。

申し込み人数	生活習慣病予防健診 名	企業健診 名	計 名
お支払い方法	下記の1. 2. 3の支払い方法のいずれか1つに○印を付けてください。 ※予約後の支払い方法の変更は出来ませんのでご注意ください。		
	1	当日支払い 領収書名は「事業所名+個人名」	
	2	全て事業所に請求 (追加オプションも含めて全額請求)	
	3	事業所請求と個人請求(当日払い)に分ける	
		↓ 個人請求にするものに○をつけてください。 協会けんぽ補助対象 : 付加健診・乳がん・子宮がん・経膈超音波 オプション検査 : 乳がん・子宮がん・子宮がんセット 付加健診・骨密度・PSA・ピロリ菌(採血) ロックスインデックス・胃カメラ差額 ※支払い手数料は、貴社にてご負担をお願い申し上げます。	
事業所用結果報告書	要 ・ 不要		
受診日希望	受診日指定	お申し込み日より1ヶ月先から6ヶ月先までの日程でお受けします。 ご希望日を予約者一覧にご記入ください。	
	※その他、日程希望があればご記入ください。(例: ○月・1日○名等)		
その他の事項	① 送付物(受診案内、結果、請求書)は一括ご担当者様宛となります。 ② <u>ご予約内容の変更やキャンセル等は、事前に連絡をお願いします。</u> ③ 当日の自己都合による検査キャンセルに伴う料金の減額はありませぬ。		

申込書送付先	※郵送 〒210-0852 川崎市川崎区鋼管通1丁目2番1号 日本鋼管病院 ドック・健診センター 宛	※FAX ☎ 044-366-1097 ※メール ✉ kenkou-nkh@koukankai.or.jp
--------	---	--

病院使用欄	団体コード	日程通知	登録	備考
	5000-			資格確認

② (協会けんぽ)

申込書①と一緒に送付をお願いします。

【協会けんぽ(本人)】

2024年度 協会けんぽ 生活習慣病予防健診 予約者一覧

事業所名

ご担当者様

該当項目に○印を付けてください

受診者情報		健診申込み内容		
*診察券患者番号		協会けんぽ 補助対象 受診コース	一般健診 胃検査選択→ <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口) <input type="checkbox"/> 胃検査なし	
フリガナ			付加健診 <input type="checkbox"/> 乳がん	
氏名	男女	オプション検査 (自費)	子宮頸がん(内診・細胞診) <input type="checkbox"/> 単独子宮頸がん検診(内診・細胞診) <input type="checkbox"/>	
*旧姓			子宮頸がんオプション: 経膈超音波	
保険証の番号		希望日	・乳がん(マンモグラフィー) ・子宮がん(内診・細胞診) ・子宮がんセット(内診・細胞診・経膈超音波) ・付加健診 ・骨密度 ・PSA ・ピロリ菌(採血) ・ロックスインデックス	
生年月日	S・H 年 月 日		第一希望	月 日 ( )
*年度年齢	歳		第二希望	月 日 ( )
2025/4/1時点の年齢		受診決定日	第三希望 月 日 ( )	
			月 日 ( ) :	
受診者情報		健診申込み内容		
*診察券患者番号		協会けんぽ 補助対象 受診コース	一般健診 胃検査選択→ <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口) <input type="checkbox"/> 胃検査なし	
フリガナ			付加健診 <input type="checkbox"/> 乳がん	
氏名	男女	オプション検査 (自費)	子宮頸がん(内診・細胞診) <input type="checkbox"/> 単独子宮頸がん検診(内診・細胞診) <input type="checkbox"/>	
*旧姓			子宮頸がんオプション: 経膈超音波	
保険証の番号		希望日	・乳がん(マンモグラフィー) ・子宮がん(内診・細胞診) ・子宮がんセット(内診・細胞診・経膈超音波) ・付加健診 ・骨密度 ・PSA ・ピロリ菌(採血) ・ロックスインデックス	
生年月日	S・H 年 月 日		第一希望	月 日 ( )
*年度年齢	歳		第二希望	月 日 ( )
2025/4/1時点の年齢		受診決定日	第三希望 月 日 ( )	
			月 日 ( ) :	
受診者情報		健診申込み内容		
*診察券患者番号		協会けんぽ 補助対象 受診コース	一般健診 胃検査選択→ <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口) <input type="checkbox"/> 胃検査なし	
フリガナ			付加健診 <input type="checkbox"/> 乳がん	
氏名	男女	オプション検査 (自費)	子宮頸がん(内診・細胞診) <input type="checkbox"/> 単独子宮頸がん検診(内診・細胞診) <input type="checkbox"/>	
*旧姓			子宮頸がんオプション: 経膈超音波	
保険証の番号		希望日	・乳がん(マンモグラフィー) ・子宮がん(内診・細胞診) ・子宮がんセット(内診・細胞診・経膈超音波) ・付加健診 ・骨密度 ・PSA ・ピロリ菌(採血) ・ロックスインデックス	
生年月日	S・H 年 月 日		第一希望	月 日 ( )
*年度年齢	歳		第二希望	月 日 ( )
2025/4/1時点の年齢		受診決定日	第三希望 月 日 ( )	
			月 日 ( ) :	
受診者情報		健診申込み内容		
*診察券患者番号		協会けんぽ 補助対象 受診コース	一般健診 胃検査選択→ <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口) <input type="checkbox"/> 胃検査なし	
フリガナ			付加健診 <input type="checkbox"/> 乳がん	
氏名	男女	オプション検査 (自費)	子宮頸がん(内診・細胞診) <input type="checkbox"/> 単独子宮頸がん検診(内診・細胞診) <input type="checkbox"/>	
*旧姓			子宮頸がんオプション: 経膈超音波	
保険証の番号		希望日	・乳がん(マンモグラフィー) ・子宮がん(内診・細胞診) ・子宮がんセット(内診・細胞診・経膈超音波) ・付加健診 ・骨密度 ・PSA ・ピロリ菌(採血) ・ロックスインデックス	
生年月日	S・H 年 月 日		第一希望	月 日 ( )
*年度年齢	歳		第二希望	月 日 ( )
2025/4/1時点の年齢		受診決定日	第三希望 月 日 ( )	
			月 日 ( ) :	

\* 印 ・診察券患者番号は、わかる範囲でご記入ください。・旧姓は、当院で初めて受診する方・姓が変更になった方はご記入ください。

# ③ (企業健診用)

申込書①と一緒に送付をお願いします。

## 2024年度 企業健診 予約者一覧

事業所名

ご担当者様

該当項目に○印を付けてください

受診者情報			健診申込み内容					
*診察券患者番号		企業健診	健診 I 型	II 型	III 型	IV 型	V 型	
フリガナ		協会けんぽ 補助対象者	単独子宮頸がん検診(内診・細胞診) 子宮頸がんオプション：経膈超音波					
氏名		男女 オプション検査 (自費)	・乳がん(マンモグラフィ) ・子宮がん(内診・細胞診) ・子宮がんセット(内診・細胞診・経膈超音波) ・骨密度 ・PSA ・ピロリ菌(採血) ・ロックスインテックス					
*旧姓								
保険証の番号		希望日	第一希望	月	日	( )		
生年月日	S・H	年	月	日	第二希望	月	日	( )
					第三希望	月	日	( )
					受診決定日	月	日	( )
*診察券患者番号		企業健診	健診 I 型	II 型	III 型	IV 型	V 型	
フリガナ		協会けんぽ 補助対象者	単独子宮頸がん検診(内診・細胞診) 子宮頸がんオプション：経膈超音波					
氏名		男女 オプション検査 (自費)	・乳がん(マンモグラフィ) ・子宮がん(内診・細胞診) ・子宮がんセット(内診・細胞診・経膈超音波) ・骨密度 ・PSA ・ピロリ菌(採血) ・ロックスインテックス					
*旧姓								
保険証の番号		希望日	第一希望	月	日	( )		
生年月日	S・H	年	月	日	第二希望	月	日	( )
					第三希望	月	日	( )
					受診決定日	月	日	( )
*診察券患者番号		企業健診	健診 I 型	II 型	III 型	IV 型	V 型	
フリガナ		協会けんぽ 補助対象者	単独子宮頸がん検診(内診・細胞診) 子宮頸がんオプション：経膈超音波					
氏名		男女 オプション検査 (自費)	・乳がん(マンモグラフィ) ・子宮がん(内診・細胞診) ・子宮がんセット(内診・細胞診・経膈超音波) ・骨密度 ・PSA ・ピロリ菌(採血) ・ロックスインテックス					
*旧姓								
保険証の番号		希望日	第一希望	月	日	( )		
生年月日	S・H	年	月	日	第二希望	月	日	( )
					第三希望	月	日	( )
					受診決定日	月	日	( )
*診察券患者番号		企業健診	健診 I 型	II 型	III 型	IV 型	V 型	
フリガナ		協会けんぽ 補助対象者	単独子宮頸がん検診(内診・細胞診) 子宮頸がんオプション：経膈超音波					
氏名		男女 オプション検査 (自費)	・乳がん(マンモグラフィ) ・子宮がん(内診・細胞診) ・子宮がんセット(内診・細胞診・経膈超音波) ・骨密度 ・PSA ・ピロリ菌(採血) ・ロックスインテックス					
*旧姓								
保険証の番号		希望日	第一希望	月	日	( )		
生年月日	S・H	年	月	日	第二希望	月	日	( )
					第三希望	月	日	( )
					受診決定日	月	日	( )

\* 印 ・診察券患者番号は、わかる範囲でご記入ください。 ・旧姓は、当院で初めて受診する方・姓が変更になった方はご記入ください。

# ① 申込書 記入要領

保険証・見本

健康保険 本人（被保険者） 00111  
 被保険者証 平成26年 6月25日交付  
 記号 21700023 番号 21

氏名 協会 太郎  
 生年月日 平成 元年 5月 10日  
 性別 男  
 資格取得年月日 平成 26年 6月 1日

事業所名称  株式会社  
 保険者番号 010110016  
 保険者名称 全国健康保険協会  支部  
 保険者所在地  市  区  町  -  -

こちらの保険証をお持ちの方専用のコースになります。

- ① 保険証の情報を必ずご記入ください。  
 ※事前に受診資格確認をしております。  
 ・事業所名称が異なる従業員がいる場合は、事業所名称ごとに申込書の記入をお願い致します。  
 注：保険者番号が異なります。  
 ・所在地は送付物の送付先となります。
- ② 個人情報提出ならびに会社控用結果通知票の受取りにつきましては、従業員様に同意を得てください。
- ③ お支払い方法について  
 1～3より選択をしてください。  
 複数選択は不可です。  
 ※個人請求の場合は請求する項目に○をつけて下さい。
- ④ オプションについて  
 予約者一覧に記載があるオプション検査が追加可能となります。
- ⑤ 事業所用結果報告書について  
 要・不要 どちらかに○をしてください。
- ⑥ 受診日希望について  
 受診日指定の場合は、お申込日より1ヶ月先から6ヶ月先までの日程をご記入ください。  
 ※直近での受診希望の場合はお問い合わせくださいませ。
- ⑦ 申込書送付先について  
 FAX・メール・郵送のいずれかでお申込ください。

① (団体用)  
 2024年度 [協会けんぽ 生活習慣病予防健診 企業健診] 申込書

※太枠は全てご記入をお願いします。

フリガナ	申込日	年 月 日
事業所名	電話番号	
所在地	FAX番号	
	フリガナ	
	ご担当者名	
	保険者番号	
	記号	

2024年度の健康診断を以下の通り申し込みます。なお、当社の受診者の同意を得たうえで事前に個人情報(氏名・生年月日等)を提供し、検査結果の報告を依頼します。

申し込み人数	生活習慣病予防健診 名	企業健診 名	計 名

下記の1、2、3の支払い方法のいずれか1つに○印を付けてください。  
 ※予約後の支払い方法の変更は出来ませんのでご注意ください。

- 1 当日支払い 領収書名は「事業所名+個人名」
- 2 全て事業所に請求 (追加オプションも含めて全額請求)
- 3 事業所請求と個人請求(当日払い)に分ける

↓  
 個人請求にするものに○をつけてください。

協会けんぽ補助対象：付加健診・乳がん・子宮がん・痔腫瘍検査  
 オプション検査：乳がん・子宮がん・子宮がんセット  
 付加健診・費密度・PSA・ヒロリ菌(痔血)  
 ロックスタンディングス・買かたう整骨

※支払い手数料は、貴社にて負担をお願い申し上げます。

事業所用結果報告書 要 不要

受診日希望  
 受診日指定 お申し込み日より1ヶ月先から6ヶ月先までの日程でお受けします。  
 と希望日を予約者一覧にご記入ください。  
 ※その他、日程希望があれば記入ください。(例：01・10・02等)

その他の事項  
 ① 送付物(受診案内、結果、請求書)は一括ご担当者様宛となります。  
 ② ご予約内容の変更やキャンセル等は、事前に連絡をお願いします。  
 ③ 当日の自己都合による検査キャンセルに伴う料金の返額はありませぬ。

申込書送付先  
 ※郵送 〒210-0852 川崎市川崎区銅管通1丁目2番1号 日本钢管病院 トック・健診センター 宛  
 ※FAX ☎ 044-365-1097  
 ※メール ✉ kenkou-nkh@koukankai.or.jp

病院使用欄	団体コード	日程通知	保険	備考
	5000-			資格確認

臣医法人社団こがん会 日本钢管病院 トック健診センター  
 TEL044-223-8874

申込書が届きましたら協会けんぽのシステムによる受診資格確認を行います。  
 順次ご予約をお取りいたしますのでしばらくお待ちください。  
 受診決定日は、お電話または、FAX、メールでご連絡いたします。

# ②協会けんぽ 生活習慣病予防健診 予約者一覧 記入要領

保険証・見本

健康保険 被保険者証	本人（被保険者） 平成26年 6月25日交付	00111
記号	2170002	番号 21
氏名	キウガイ 知ウ 協会 太郎	
生年月日	平成 元年 5月 10日	
性別	男	
資格取得年月日	平成 26年 6月 1日	
事業所名称	<input type="checkbox"/> 株式会社	
保険者番号	010100116	
保険者名称	全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 支部	
保険者所在地	<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 一 <input type="checkbox"/> ー <input type="checkbox"/> ー	

こちらの保険証をお持ちの方専用のコースになります。

- ①申込書①と一緒にご提出ください。
- ②事業所名・担当者をご記入ください。
- ③受診者様の情報をご記入ください。
- ④診察券患者番号・旧姓(初めての受診者)は、わかる範囲で  
ご記入ください。  
※健康診断は初めての方でも日本鋼管病院・こうかんクリニック  
ご受診歴がある方は診察券患者番号のご記載をお願いいたします。

## ～健診申込み内容について～

- ⑤協会けんぽ受診コースについて  
\*健診の種類を選択してください。  
・一般健診、胃検査の種類を選択してください。  
\*追加できる健診  
・付加健診 ・乳がん ・子宮頸がん  
・単独子宮頸がん検診

- ⑥子宮頸がん検診について  
【協会けんぽ補助対象年齢の方】  
経膈超音波は協会けんぽ補助対象項目ではない為、希望  
の方は経膈超音波に○をつけてください。

● 経膈超音波 3,280円（税込）

- ⑦オプション検査(自費)について  
・協会けんぽの対象年齢ではない方等で  
検査を希望される場合、ご記入ください。

- 乳がん（マンモグラフィ） 6,810円（税込）
- 子宮がん（内診・細胞診） 4,720円（税込）
- 子宮がんセット 8,000円（税込）  
(内診・細胞診・経膈超音波)
- 付加健診 11,430円（税込）
- 骨密度 4,950円（税込）
- PSA 1,540円（税込）
- ピロリ菌（採血） 2,100円（税込）
- ロックスインデックス 13,000円（税込）  
(血液検査による脳梗塞・心筋梗塞発祥リスク検査)
- 胃カメラへの変更 3,150円（税込）

- ⑧希望日を複数日ご記入ください。

② (協会けんぽ) 申込書①と一緒に送付をお願いします。 【協会けんぽ(本人)】  
2024年度 協会けんぽ 生活習慣病予防健診 予約者一覧  
事業所名 担当者様

該当項目に○印を付けてください

受診者情報	健診申込み内容
*診察券番号 フリガナ 氏名 性別 旧姓 保険証の番号 生年月日 *年度年齢 2022/4/1現在の年齢	<input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 胃検査選択 <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口) <input type="checkbox"/> 胃検査なし <input type="checkbox"/> 付加健診 <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん(内診・細胞診) <input type="checkbox"/> 単独子宮頸がん検診(内診・細胞診) <input type="checkbox"/> 子宮頸がんオプション: 経膈超音波 <input type="checkbox"/> 乳がん(マンモグラフィ) <input type="checkbox"/> 子宮がん(内診・細胞診) <input type="checkbox"/> 子宮がんセット(内診・細胞診・経膈超音波) <input type="checkbox"/> 付加健診 <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> ピロリ菌(採血) <input type="checkbox"/> ロックスインデックス 第一希望 月 日 ( ) : 第二希望 月 日 ( ) : 第三希望 月 日 ( ) : 希望日 月 日 ( ) : 受診決定日 月 日 ( ) :
*印・診察券番号は、わかる範囲でご記入ください。 *旧姓は、当院で初めて受診する方・姓が変更になった方はご記入ください。	

## ※協会けんぽ・各種健診、検査受診対象年齢

### \* 一般健診

35歳から74歳の方が対象です。  
胃検査は、バリウムか胃カメラを選択  
してください。カメラの場合は差額料金を  
頂きます。

### \* 子宮頸がん検診(単独)

20歳から38歳の偶数年齢の  
女性が対象です。

### \* 付加健診

一般健診に追加して受診する健診です。  
40歳・45歳・50歳・55歳・60歳  
65歳・70歳が対象です。

### \* 乳がん

一般健診に追加して受診する健診です。  
40歳から74歳の偶数年齢の  
女性が対象です。

### \* 子宮頸がん

一般健診に追加して受診する健診です。  
36歳から74歳の偶数年齢の  
女性が対象です。

### ③企業健診予約者一覧 記入要領

※健康保険組合、年齢にかかわらずご受診できます。

①申込書①と一緒にご提出ください。

②事業所名をご記入ください。

③受診者様の情報をご記入ください。

④診察券患者番号・旧姓(変更になった方)は、わかる範囲で  
ご記入ください。

※健康診断は初めての方でも日本鋼管病院・こうかんクリニックご受診歴がある方は  
診察券患者番号のご記載をお願いいたします。

③ (企業健診用) 申込書①と一緒に送付をお願いします。

2024年度 企業健診 予約者一覧

事業所名 \_\_\_\_\_ ご担当者様 \_\_\_\_\_

該当項目に○印を付けてください

受診者情報		健診申込み内容					
*診察券患者番号	フリガナ	企業健診	健診 I 型	II 型	III 型	IV 型	V 型
協会けんぽ 補助対象者	氏名	性別	単独子宮頸がん検診(内診・細胞診) 子宮頸がんオプショナル：経膈超音波 ・乳がん(マンモグラフィ) ・子宮がん(内診・細胞診) ・子宮がんセット(内診・細胞診・経膈超音波) ・骨密度 ・PSA ・ピロリ菌(採血) ・ロックスインデックス				
旧姓	希望日	希望日	第一希望	第二希望	第三希望	月	日
保険証の番号	生年月日	受診決定日	月	日	( )	:	
S・H	年 月 日	月 日 ( ) :					
*診察券患者番号	フリガナ	企業健診	健診 I 型	II 型	III 型	IV 型	V 型
協会けんぽ 補助対象者	氏名	性別	単独子宮頸がん検診(内診・細胞診) 子宮頸がんオプショナル：経膈超音波 ・乳がん(マンモグラフィ) ・子宮がん(内診・細胞診) ・子宮がんセット(内診・細胞診・経膈超音波) ・骨密度 ・PSA ・ピロリ菌(採血) ・ロックスインデックス				
旧姓	希望日	希望日	第一希望	第二希望	第三希望	月	日
保険証の番号	生年月日	受診決定日	月	日	( )	:	
S・H	年 月 日	月 日 ( ) :					
*診察券患者番号	フリガナ	企業健診	健診 I 型	II 型	III 型	IV 型	V 型
協会けんぽ 補助対象者	氏名	性別	単独子宮頸がん検診(内診・細胞診) 子宮頸がんオプショナル：経膈超音波 ・乳がん(マンモグラフィ) ・子宮がん(内診・細胞診) ・子宮がんセット(内診・細胞診・経膈超音波) ・骨密度 ・PSA ・ピロリ菌(採血) ・ロックスインデックス				
旧姓	希望日	希望日	第一希望	第二希望	第三希望	月	日
保険証の番号	生年月日	受診決定日	月	日	( )	:	
S・H	年 月 日	月 日 ( ) :					
*診察券患者番号	フリガナ	企業健診	健診 I 型	II 型	III 型	IV 型	V 型
協会けんぽ 補助対象者	氏名	性別	単独子宮頸がん検診(内診・細胞診) 子宮頸がんオプショナル：経膈超音波 ・乳がん(マンモグラフィ) ・子宮がん(内診・細胞診) ・子宮がんセット(内診・細胞診・経膈超音波) ・骨密度 ・PSA ・ピロリ菌(採血) ・ロックスインデックス				
旧姓	希望日	希望日	第一希望	第二希望	第三希望	月	日
保険証の番号	生年月日	受診決定日	月	日	( )	:	
S・H	年 月 日	月 日 ( ) :					

\*印・診察券患者番号は、わかるところで記入ください。\*旧姓は、変更になった方にご記入ください。

～健診申込み内容について～

⑤企業健診について  
コースを選択してください。

⑥子宮頸がん単独検査について

経膈超音波は協会けんぽ補助対象項目ではない為、  
希望の方は経膈超音波に○をつけてください。

● 経膈超音波 3,280円 (税込)

⑦オプション検査(自費)について

● 乳がん(マンモグラフィ) 6,810円 (税込)

● 子宮がん (内診・細胞診) 4,720円 (税込)

● 子宮がんセット 8,000円 (税込)

(内診・細胞診・経膈超音波)

● PSA(前立腺がん) 1,540円 (税込)

● ピロリ菌検査(採血) 2,100円 (税込)

● 骨密度 4,950円 (税込)

● ロックスインデックス 13,000円 (税込)

(血液検査による脳梗塞・心筋梗塞発祥リスク検査)

⑧希望日を複数日ご記入ください。

## 2024年度 企業健診 料金表

検査項目 / コース		健診 I 型	健診 II 型	健診 III 型	健診 IV 型	健診 V 型
問診・診察 身体計測	既往症・自覚症状	○	○	○	○	○
	問診・診察・身長・体重	○	○	○	○	○
	BMI・腹囲	○	○	○	○	○
眼科	視力	○	○	○	○	○
聴力	オーディオ(1KHz・4KHz)	○			○	○
	会話法		○	○		
呼吸器	胸部X-P(正面)	○	○		○	○
循環器	血圧測定	○	○	○	○	○
	心電図(安静時)	○			○	○
尿定性	蛋白・糖・潜血・比重・PH	○	○	○	○	○
	ウロビリノーゲン					
血液一般	白血球・赤血球・Ht・Hb	○	○	○	○	○
	血小板・MCV・MCH・MCHC					
肝機能	ALT・AST・ $\gamma$ -GTP	○	○	○	○	○
	ALP				○	○
脂質	総コレステロール	○	○	○	○	○
	HDL・LDL	○	○	○	○	○
	中性脂肪	○	○	○	○	○
	non-HDL	○	○	○	○	○
糖代謝	空腹時血糖	○	○	○	○	○
	HbA1c	○			○	○
腎機能	クレアチニン・eGFR	○	○	○	○	○
尿酸	UA				○	○
がん健診	検便(潜血反応)2日法				○	○
	胃検査(胃透視)				○	
料 金		11,800円	9,390円	7,080円	26,700円	13,080円

\* 健診 I 型は、法律(労働安全衛生法)に基づく定期健康診断の検査が網羅されています。項目の省略は、産業医などの医師が必要でないと認めた場合で年齢等によって省略が決定されるものではありません。

\* 健診 IV 型は、協会けんぽ・一般健診の検査項目が網羅されています。

\* 未実施項目の減額はありません。

### オプション検査料金一覧(税込)

乳がん検診(マンモグラフィ)	6,810円	PSA(前立腺がん)	1,540円
子宮がん検診(内診・細胞診)	4,720円	ピロリ菌検査(血液)	2,100円
子宮がん検診セット(内診・細胞診・経膈超音波)	8,000円	骨密度	4,950円
		ロックスインデックス	13,000円

医療法人社団 こうかん会  
 日本鋼管病院 ドック・健診センター  
 〒210-0852 川崎市川崎区鋼管通1-2-1  
 電話 044-333-6674  
 FAX 044-366-1097