

# 若年層健診PLUS/若年層健診【35歳未満の被保険者の方】

H28年度申込書・フィオーレ

**若年層PLUS** 19,440円(税抜:18,000円) ※便潜血検査が不要の場合、18,036円(税抜:16,700円)となります。

《検査項目》 診察・血圧・身長・体重・腹囲・視力・聴力・血液検査・心電図検査・尿検査・胸部X線検査  
 胃部X線検査・便潜血検査

**若年層健診** 9,720円(税抜:9,000円) ※便潜血検査を希望の場合、11,124円(税抜:10,300円)となります。

《検査項目》 上記の若年層健診PLUS検査項目の内、胃部X線検査・便潜血検査を除く

【注意】平成28年度より、胃部X線検査をご希望の場合、コースは若年層健診PLUSでお申し込みとなりますので、ご予約時にお申し出下さい。

【申込方法】受診日をご予約の後、必要事項をご記入のうえ、FAXにてお申し込みください。(全国健康保険協会への郵送は不要です)  
 ※全国健康保険協会補助対象の「子宮頸がん検診(単独受診)」を希望の方は、別途申込書が必要となります。

事業所名			ご担当者名	
事業所所在地	〒	電話番号		
保険者番号		保険証の記号		

調査票等送付先(支店・営業所・ご自宅等) ※事業所所在地と異なる場合のみご記入ください。

住所/支店・営業所名	〒	電話番号		ご担当者名	
------------	---	------	--	-------	--

健康保険証の番号	フリガナ お名前	性別	生年月日 和暦を○で囲んでください	受診予約日 受付時間	希望のコースを○で 囲んでください		備考
					便(有無)希望の場合は○で囲んでください		
			昭和・平成 年 月 日	月 日 :	若年 PLUS	若年	
			昭和・平成 年 月 日	月 日 :	▲便(無)	+便(有)	
			昭和・平成 年 月 日	月 日 :	若年 PLUS	若年	
			昭和・平成 年 月 日	月 日 :	▲便(無)	+便(有)	
			昭和・平成 年 月 日	月 日 :	若年 PLUS	若年	
			昭和・平成 年 月 日	月 日 :	▲便(無)	+便(有)	
			昭和・平成 年 月 日	月 日 :	若年 PLUS	若年	
			昭和・平成 年 月 日	月 日 :	▲便(無)	+便(有)	
			昭和・平成 年 月 日	月 日 :	若年 PLUS	若年	
			昭和・平成 年 月 日	月 日 :	▲便(無)	+便(有)	
			昭和・平成 年 月 日	月 日 :	若年 PLUS	若年	
			昭和・平成 年 月 日	月 日 :	▲便(無)	+便(有)	