

定期健康診断 【労働安全衛生規則で定められた健診】

検査項目	健診コース	Aコース	Bコース	検査項目	Aコース	Bコース
	健診料金	9,720円 (税抜9,000円)	4,320円 (税抜4,000円)			
既往歴および業務歴の調査		●	●	貧血検査(赤血球数・血色素量)	●	
自他覚症状の有無		●	●	肝機能検査【AST(GOT)・ALT(GPT)	●	
身長・体重・腹囲測定・BMI		●	●	・γ-GT(γ-GTP)】		
視力・聴力検査		●	●	血中脂質検査【LDL-コレステロール	●	
血圧測定		●	●	・中性脂肪・HDL-コレステロール】		
尿検査(尿糖・尿蛋白)		●	●	糖尿病検査【空腹時血糖】	●	
胸部X線検査		●	●	心電図検査	●	

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

★問診票等送付先(支店・営業所・ご自宅等) ※希望の送付先が上記住所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		送付先ご担当者	

健康保険証の番号	フリガナ	性別	生年月日 <small>和暦を○で囲んでください</small>	受診予約日	希望のコースを○で 囲んでください		備考
	お名前			受付時間	定健A	定健B	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	月 日 :	定健A	定健B	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	月 日 :	定健A	定健B	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	月 日 :	定健A	定健B	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	月 日 :	定健A	定健B	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	月 日 :	定健A	定健B	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	月 日 :	定健A	定健B	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	月 日 :	定健A	定健B	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	月 日 :	定健A	定健B	
		男・女	昭和・平成 年 月 日	月 日 :	定健A	定健B	