申込書が不足の場合はこの用紙をコピーしてください。

会員サービス課 宛　(FAX. 055-921-1105)　　別紙（あり・なし）

健 康 診 断 申 込 書

年　月　日

事業所名　　担当者名

所在地　〒

ＴＥＬ　　ＦＡＸ

◆ＡまたはＢの対象事業所区分をどちらかチェックして下さい。

☐ Ａ．会員事業所

☐ Ｂ．生命共済制度または特定退職金共済制度に加入している会員事業所

希望コースに○印↓　　オプション検査を希望する場合には番号を記載↓　　希望日がある場合は第２希望まで記載↓

コース		姓（カナ）	名（カナ）	姓（漢字）	名（漢字）	性　別	生年月日（西暦）	追加検査希望			第１希望	第２希望
一般	シニア					男・女	年　月　日				／	／
一般	シニア					男・女	年　月　日				／	／
一般	シニア					男・女	年　月　日				／	／
一般	シニア					男・女	年　月　日				／	／
一般	シニア					男・女	年　月　日				／	／
一般	シニア					男・女	年　月　日				／	／
一般	シニア					男・女	年　月　日				／	／
一般	シニア					男・女	年　月　日				／	／
一般	シニア					男・女	年　月　日				／	／
一般	シニア					男・女	年　月　日				／	／
一般	シニア					男・女	年　月　日				／	／
一般	シニア					男・女	年　月　日				／	／

◆料金を計算してください。

料金					
	一般コース　@	円 ×	名 ＝	円	
	シニアコース　@	円 ×	名 ＝	円	

↓○を付けてください

支払方法	
当日窓口	後日振込

※支払方法について、**各種キャッシュレス決済**にも対応しております。詳細につきましては、東海検診センターホームページをご参照ください。

【オプション検査】　※通常料金（一般コース・シニアコース）に加え、別途オプション料金がかかります。

① 大腸がん検査・２日法（税込１，５４０円）
　便中に含まれる血液の有無を調べます

② 胃がん検査（税込８，８００円）
　胃X線検査により、胃の粘膜の様子を調べます

③ 骨密度検査（税込３，０８０円）
　超音波を用い（足での計測）、骨の強さを調べます

④ アレルギー検査（税込１３，２００円）
　アレルギー疾患の原因となりやすい３９項目を調べます

⑤ Lox-index検査（税込１４，３００円）
　脳梗塞・心筋梗塞の発症リスクを調べます

⑥ PSA検査（税込３，０８０円）
　前立腺がんの早期発見に有用な検査です

⑦ ピロリ菌検査（税込２，４２０円）
　ピロリ菌感染の有無を調べます

⑧ ペプシノゲン検査（税込３，３００円）
　萎縮性胃炎の有無・程度を調べます

※上記記載の検査項目（④～⑧）については、検診に含まれる血液検査に追加可能です。別途、血液検査の必要はありません。

⚠ **指定日以外で受診される場合は、料金が異なりますので、ご注意ください。**
指定日以外の受診料金は、一般コース　￥11,770(税込)　シニアコース　￥34,012(税込)となります。

※本申込書にご記入いただいた内容は、当所からの各種連絡に使用することがあります。