

2026年度 協会けんぽ人間ドック健診 申込書

* 太線で囲った部分は必ずご記入ください。

保険証名義	フリガナ		性別		(西暦)	年
	氏名			生年月日	月	日
					年齢:	歳
連絡先住所	〒	郵便番号	都道府県	市区町村丁目番地ビル名		
電話番号	-		FAX:	-		
メールアドレス						
事業所名						
事業所住所	〒	郵便番号	都道府県	市区町村丁目番地ビル名		
事業所電話番号						
保険者番号・保険証情報 (記号・番号・枝番) *マイナンバーは入力しないでください	0 1		保険証記号	保険証番号	(枝番)	
				三菱京都病院の診察券番号(ID)		

健診希望日

ご希望日	第1希望	第2希望	第3希望
	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()
ご希望に添えない場合もあります。	第4希望	第5希望	第6希望
	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()

*日程調整のため、申込書受付後、ご連絡いたします。

必須コース

日帰りドック (外来1日コース) 47,500円(税込)

オプション検査

オプション	オプション検査項目	料金(税込)	希望検査に○印してください
上部消化管内視鏡	食道・胃・十二指腸の病変を調べます (経口・経鼻を選択してください)	経口 0円	
		経鼻 1,100円	
マンモグラフィ(2方向)	乳がんの早期発見のためレントゲン検査をおこないます	6,050円	
乳房超音波	超音波検査で内部に腫瘍等がないかを調べます	3,850円	
子宮頸部細胞診 (経膣超音波を含む)	液状検体処理法により子宮頸がん検診をおこないます	4,950円	
PSA(前立腺特異抗原)	前立腺疾患(がん・肥大等)を血液検査で調べます	3,080円	
HCV抗体	○型肝炎検査(胃カメラを希望される方は必須となります)	1,760円	

* 必須コースとオプション検査の合計金額から25,000円(協会けんぽ補助額)を差し引いた金額が、加入者様(被保険者様)のご負担額となります。

合計金額から補助額(25,000円)を差し引いた金額を右欄に記入して下さい。

	円
--	---

【当院へのご連絡事項等】

--

ご案内

- ①こちらは、人間ドック健診専用の申込書となります。
- ②生活習慣病予防健診の申込書は別となります。
- ③被保険者様のみが申込み出来ます。被扶養者の方は本申込書では申し込み出来ません。

検査項目		外来1日 コース
診察	内科診察/問診	●
保健	保健指導(特定保健指導は該当者のみとなります)	●
計測	身長・体重	●
	肥満指数(BMI)	●
	体脂肪	●
	腹囲	●
	血圧	●
	視力・聴力	●
生理	眼底	●
	眼圧(両眼)	●
	腹部エコー	●
	肺機能	●
	心電図	●
X線	胸部X線(2方向)	●
	胃透視(4ツ切8枚)	●
肝機能	A/G比	●
	GOT・GPT・ γ -GTP	●
	総蛋白	●
	アルブミン	●
	総ビリルビン	●
	直接ビリルビン	●
	ALP	●
	LDH	●
	コリンエステラーゼ	●
	血清アミラーゼ	●
	膵アミラーゼ	●
脂質	Na・Cl・K・Fe	●
	総コレステロール	●
	HDLコレステロール	●
	LDLコレステロール	●
	non-HDLコレステロール	●
腎機能	中性脂肪	●
	BUN(尿素窒素)	●
痛風	クレアチニン	●
	eGFR	●
血糖	尿酸	●
	血糖(空腹時)	●
血液一般	HbA1C	●
	赤血球・白血球・血色素	●
	ヘマトクリット	●
	血小板	●
	MCH・MCV・MCHC	●
血清	血液像	●
	CRP(C反応性蛋白)	●
	RA(リウマチ)	●
	TPHA・RPR	●
	HBs抗原(定性)	●
	HCV抗体(C型肝炎検査)	◇
尿	血液型(ABO・RH)初回	●
	糖・蛋白半定量・潜血	●
	沈渣	●
	比重・ウロビリノーゲン	●
便	PH・ケトン体	●
	潜血(2回法)	●

◇はオプション検査となります。胃カメラ希望の方は必須となりますのでご注意ください。