広島商工会議所　人間ドック（常設コース）のご案内

（健診機関：一般財団法人広島県環境保健協会 健康クリニック）

【プラン内容･料金】　お一人様受診料金（消費税込）　従業員、ご家族についても受診可能です。

プラン	A　ロイヤルプラン	B　堅実プラン	C　ベーシックプラン
内　容	宿泊コース （宿泊：リーガロイヤルホテル広島）	１日コース	安衛法に基づく健康診断
特　徴	オ-ナ-のためのリラクゼ-ションに･･･	お忙しい方のために充実内容を１日で	社員様の定期健診に
利用期間	常　時　（但し、第1,2,4,5土曜日と日祝祭日を除く）		
検査項目	●問診、身体計測（腹囲測定を含む） ●血液一般検査 ●肝機能検査・肝炎ウイルス検査（初回のみ） ●免疫炎症検査 ●血清脂質検査 ●糖代謝検査 ●膵機能検査 ●腎機能検査・尿検査 ●便検査 ●胃部Ｘ線検査（※1） ●腹部超音波検査 ●肺機能検査 ●胸部Ｘ線検査 ●血圧測定 ●心電図検査 ●眼科検査 ●聴力測定 ●糖負荷試験 ●骨密度測定 ●頸動脈エコー検査 ●脈波測定	●問診、身体計測（腹囲測定を含む） ●血液一般検査 ●肝機能検査肝炎・ウイルス検査（初回のみ） ●免疫炎症検査 ●血清脂質検査 ●糖代謝検査 ●膵機能検査 ●腎機能検査・尿検査 ●便検査 ●胃部Ｘ線検査等（※1） ●腹部超音波検査 ●肺機能検査 ●胸部Ｘ線検査 ●血圧測定 ●心電図検査 ●眼科検査 ●聴力測定	●問診、身体計測（腹囲測定を含む） ●血液一般検査 ●肝機能検査 ●血清脂質検査 ●糖代謝検査 ●尿検査 ●胸部Ｘ線検査 ●血圧測定 ●心電図検査 ●視力検査 ●聴力測定 ※受付時間は14:00から となります。
会員料金	６２，７００円 （ご夫婦割引料金 お一人様５９，５６５円）	３８，１７０円	８，９１０円
生命共済加入者料金	５９，７００円 （ご夫婦割引料金 お一人様５６，５６５円）	３５，１７０円	６，９１０円
一般料金	７０，４００円	４２，３５０円	９，９００円
オプション	①胃がん検診（ﾍﾟﾌﾟｼﾉｰｹﾞﾝ） 1,760円　②前立腺がん検査（PSA） 1,760円　③乳がん検診（ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨｰ１方向） 5,060円 ④乳がん検診（ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨｰ２方向） 6,820円　⑤乳がん検診（乳腺エコー） 3,410円（ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨｰと同時申込の場合、2,310円） ⑥子宮がん検診（頚部） 3,960円　⑦骨粗しょう検診（超音波） 2,310円　⑧肝炎ウイルス検査（B,C型） 3,410円 ⑨肺ＣＴドック（ﾍﾘｶﾙCT） 13,860円　⑩脳ドック（MRI,MRA） 29,150円 ⑪胃部Ｘ線検査を胃内視鏡検査（胃カメラ）に変更　5,500円 ※1. コースによっては、上記オプション項目がすでに含まれているものもあります ※2. 乳がん検診は、30歳代は、乳腺エコー　40歳代は、マンモ２方向　50歳代は、マンモ１方向をお勧めします。		

●他にも多数オプションがありますので、詳しくはお申し込みの際にお問合わせください。

【実施場所】（一財）広島県環境保健協会 健康クリニック　　広島市中区広瀬北町９番１号　TEL 082-232-4857

【申込方法】●裏面の申込書に必要事項を記入のうえFAX又は郵送で「広島商工会議所人材開発課」へお申し込みください。
後日、健康クリニック予約担当者から受診日時のご連絡及び必要書類をお送りします。

【お問合せ・申込先】　広島商工会議所　人材開発課　〒730-8510　広島市中区基町５番44号

TEL 082-222-6691　FAX　082-222-6006

FAX ： 082－222－6006　　広島商工会議所　人材開発課 行き

広島商工会議所　人間ドック(常設コース) 申込書

広島商工会議所　人材開発課　行

（健診機関：一般財団法人広島県環境保健協会　健康クリニック）

下記のとおり申し込みます

フリガナ 事業所名		いずれかに〇印	
		会員	一般
ご　住　所			
申込担当者			
Ｔ　Ｅ　Ｌ	（　　）　－	Ｆ　Ａ　Ｘ	（　　）　－

太枠内の必要事項につき、ご記入および〇印を付けてください。

No	フリガナ 健診申込者名	性別	生年月日	希望コース	オプション	健診希望日	生命共済加入状況
1		男・女	T・S・H 年　月　日	A ご夫婦受診（有・無） B・C	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	年　月　日 年　月　日	加入 未加入
2		男・女	T・S・H 年　月　日	A ご夫婦受診（有・無） B・C	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	年　月　日 年　月　日	加入 未加入
3		男・女	T・S・H 年　月　日	A ご夫婦受診（有・無） B・C	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	年　月　日 年　月　日	加入 未加入
4		男・女	T・S・H 年　月　日	A ご夫婦受診（有・無） B・C	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	年　月　日 年　月　日	加入 未加入
5		男・女	T・S・H 年　月　日	A ご夫婦受診（有・無） B・C	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	年　月　日 年　月　日	加入 未加入
6		男・女	T・S・H 年　月　日	A ご夫婦受診（有・無） B・C	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	年　月　日 年　月　日	加入 未加入

オプション番号	①ﾍﾟﾌﾟｼ　②PSA　③ﾏﾝﾓ1　④ﾏﾝﾓ2　⑤乳ｴ　⑥子宮がん　⑦骨量　⑧肝炎　⑨肺CT　⑩脳ﾄﾞｯｸ　⑪胃ｶﾒﾗ

支払い方法連絡事項（費用負担先について、該当するものに〇印をご記入ください。**（必須）**
①すべて事業所へ請求　②すべて窓口払い　③オプション検査のみ窓口払い

※広島商工会議所 生命共済制度 にご加入の方は、A ロイヤルプラン・B 堅実プランは、お一人様あたり 3,000円。C ベーシックプランは、お一人様あたり 2,000円の割引をいたします。

※「ロイヤルプラン」をご夫婦で受診の場合は健診プランの「ロイヤルプラン」枠内の「ご夫婦受診　有」に〇印をつ

お願い ： 申込者が6名様以上の場合は、お手数ですがコピーを取りご記入ください。

本申込書にご記入いただいた情報は、健診機関への申込・健診機関からの受診に係る連絡及び広島商工会議所からの各種連絡・情報提供のために利用いたします。

（※広島商工会議所記入欄）

受付日付		受付No.	