

# オプション (税込金額)

基本健診(無料)+オプション2,200円まで補助 \*2,200円以上は自己負担

項目			39歳未満 の定価	20~29歳	30~39歳	40歳以上 の定価	40歳以上
基本健診(便潜血2回法)			10,500	無料	無料	10,500	無料
その他	前立腺がん検査 (PSA)	男性のみ	① 2,200	①~⑪の 合計額より 最大2200円 まで補助	①~⑨の 合計より 最大2200円 まで補助	① 1,100	①~⑦の 合計額より 最大2200円 まで補助 (ただし、⑥⑦の 重複補助は不可)
	骨密度		② 2,200			② 2,200	
	眼底検査(両眼)		③ 1,100			③ 1,100	
	肝炎ウイルス		④ 2,200			④ 1,100	
胃がん 検診	腹部エコー		⑤ 3,300			⑤ 3,300	
	ピロリ菌検査	重複補助 不可	⑥ 2,200			⑥ 1,100	
	パプシノゲン		⑦ 2,200			⑦ 1,100	
	胃カメラ(経口)		⑧ 8,800			⑧ 8,800	
	胃カメラ(経鼻)		⑨ 8,800			⑨ 8,800	
1つのみ無料 (ただし⑥⑦を 受診しない場合) 2つ目から自己負担							
婦人科 検診	乳腺エコー	女性のみ、 重複補助 不可	⑩ 4,400			⑩⑪より 1つのみ無料 2つ目から 自己負担	
	マンモグラフィ 検査(2方向)		⑪ 4,400	⑪ 4,400			
	子宮がん検査 (細胞診)	女性のみ	⑫ 3,300	無料	⑫ 3,300		無料

重複補助不可

※20~39歳と、40歳以上ではオプション項目の定価が異なります。

※⑥~⑨の重複補助は不可(自費は可)

例)40歳以上の女性が、②、⑧、⑩、⑫を受診したときは、全額無料

例)40歳以上の男性が、①、⑥を受診したときは、全額無料

例)40歳以上の男性が、①、⑥、⑧を受診したときは、1100円負担(⑥・⑧の重複補助不可のため)

例)40歳以上の男性が、⑤を受診したときは、1100円負担

## 表具支部 申込書

もれなくご記入のうえ、組合事務局にFAXしてください。

〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

組合員(世帯主) \_\_\_\_\_

携帯番号: \_\_\_\_\_

受診希望日	名前	生年月日	年齢	追加オプション番号	自己負担額
月 日	フリガナ	昭和 平成			
		年 月 日			
	保険証番号	建21 90 - -			
受診希望日	名前	生年月日	年齢	追加オプション番号	自己負担額
月 日	フリガナ	昭和 平成			
		年 月 日			
	保険証番号	建21 90 - -			
受診希望日	名前	生年月日	年齢	追加オプション番号	自己負担額
月 日	フリガナ	昭和 平成			
		年 月 日			
	保険証番号	建21 90 - -			

組合事務局



FAX:(075)748-1625