大阪府医師会保健医療センター　FAX 06-6764-5006　【　　は記入不要です】

健康診断申込書

申込日：　　年　　月　　日

御社名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　団体ＩＤ：＿＿＿＿＿＿

センター担当者名

ご担当：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　部・課　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　様

所在地：〒　　―＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL：＿＿＿＿―＿＿＿＿―＿＿＿＿　FAX：＿＿＿＿―＿＿＿＿―＿＿＿＿

1. 健診日時および受診者氏名など（多人数の場合は名簿を添付してください）

健診日	時　間	氏　名（ふりがな）	性別	生　年　月　日	希望ｵﾌﾟｼｮﾝ
／ 曜日	： ：		男 女	T・S・H　　年　　月　　日 個人ＩＤ	
／ 曜日	： ：		男 女	T・S・H　　年　　月　　日 個人ＩＤ	
／ 曜日	： ：		男 女	T・S・H　　年　　月　　日 個人ＩＤ	
／ 曜日	： ：		男 女	T・S・H　　年　　月　　日 個人ＩＤ	
／ 曜日	： ：		男 女	T・S・H　　年　　月　　日 個人ＩＤ	

2. 健診内容　　・雇入時　　・定期時(　　)

・その他（　　）

1. 健診項目　定期時：35 歳・40 歳以上は①②③が必須、その他は医師の判断で②③省略可。
雇入時：①②③が必須。　雇入時健診は定期時の健診項目に診察が追加されるので、+1,210。

番号	健　診　項　目	料金（税込）
①	既往歴及び業務歴の調査　　自覚症状及び他覚症状の有無の検査 身長・体重・腹囲（35 歳・40 歳以上が対象）、視力及び聴力（1000Hz,4000Hz） 胸部Ｘ線検査　　血圧の測定　　尿検査（尿糖、尿蛋白）	￥5,450
②	血糖　貧血検査（血色素量・赤血球数）　肝機能検査（AST(GOT)・ALT(GPT)、γGT(γGTP)）	￥8,900
	血中脂質検査（HDL ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ・LDL ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ・中性脂肪＝血清ﾄﾘｸﾞﾘｾﾗｲﾄﾞ）	
③	心電図検査	￥10,700

（令和８年４月１日現在）

2. 支払方法　　当日窓口払い希望　・　後日払い希望

(後日払いの範囲：　　)

3. 結果送付先（「会社・担当者様」宛に送付の場合は記入不要です）

4. 備　　考

〒543-0011
大阪市天王寺区清水谷町 19-14
大阪府医師会保健医療センター
TEL　06-6768-1450