受診料（税込）※受診料は弘前市医師会検診課へお支払いください。

① 協会けんぽ加入者で35歳～75歳未満のご本人		検査項目 ※詳細は前頁参照		② ①以外の方（国保、35歳未満など）
基本 5,500円	A	一般健診	F	基本 9,900円
		胃検診	G	追加 7,700円
追加 8,745円	B	節目健診	H	追加 8,745円
追加 2,780円	C			
追加 40歳代 1,700円 50歳以上 980円 ※偶数年齢の方	D	乳がん検診	I	追加 6,600円
追加 990円 ※20才以上の偶数年齢の方	E	子宮がん検診	J	追加 5,060円

※年齢の判定は、令和9年4月1日時点の年齢で判断します。
- 料金は、当会議所限定のお得な受診料となっています。また、①は協会けんぽ管掌健康保険生活習慣病予防健診の制度を利用し、更に割安です。
- 協会けんぽの制度をご利用できるのは1年に1人1回までです。
- 協会けんぽ配偶者については、②での検診扱いとなります。詳細については、弘前市医師会検診課（TEL39-6611）までお問い合せください。
- 検査項目ＤＥ以外の方は、各市町村実施の婦人科検診制度をご利用いただけます。（今年度未受診の場合）詳しくはお申し込みの際、お問い合わせ下さい。

健診実施日

12月

日	月	火	水	木	金	土
		①	2	3	4	5
6	7	⑧	9	10	11	12
13	⑭	⑮	16	17	18	19
20	㉑	㉒	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

1月

日	月	火	水	木	金	土
					1	2
3	4	⑤	6	7	8	9
10	11	⑫	13	14	15	16
17	18	⑲	20	21	22	23
24	25	㉖	27	28	29	30
31						

2月

日	月	火	水	木	金	土
	①	②	3	4	5	6
7	8	⑨	10	11	12	13
14	15	⑯	17	18	19	20
21	㉒	23	24	25	26	27
28						

3月

日	月	火	水	木	金	土
	①	②	3	4	5	6
7	⑧	⑨	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

■の日は、健診実施日です。◯の日は、女性限定日となります。なお、乳がん検診・子宮がん検診は毎日実施しております。／の日は、健診がございません。

※ 1日の受診者数には制限があり、受付順に決定させていただいております。そのため、受診日のご希望に添えない場合もあります。その場合、他の日へ変更していただきますので、あらかじめご了承ください。

申込方法ならびに注意事項

■お申し込みは、弘前市医師会検診課に直接していただきます。
まずは健康診断申込書に必要事項ご記入のうえFAXしてください。受診日決定後、弘前市医師会検診課よりFAXにて返信ご連絡させていただきます。
■申込事業所には後日問診票など一式送付されます。
■健診受診料は、受診当日に健診窓口にてお支払いいただくか、後日、弘前市医師会検診課からの請求書到着後に弘前市医師会検診課へお支払いください。
■有機溶剤検診や塵肺検診などの特殊検診も同時に受診できます。
■この他、不明な点や健康診断についてご質問等ございましたら、お気軽に弘前市医師会検診課までご連絡ください。

実施機関・申込先・支払先／弘前市医師会　健診センター　検診課

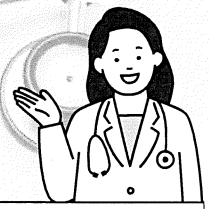
〒036-8045 弘前市野田2-7-1 弘前総合保健センター内 電話0172-39-6611 フリーダイヤル 0120-050-489
受付時間／平日：午前8時から12時まで　午後1時から4時まで　土曜：午前8時から11時まで（第2土曜除く）
＊FAXは24時間受付しております。 FAX0172-34-8762

主　催／弘前商工会議所 〒036-8567 弘前市上鞘師町18-1 TEL 0172-33-4111 FAX 0172-35-1877

●会員特典あり●

生活習慣病を防ごう！

会員健康診断の御案内



検査項目

A F 一般健診

身体測定	身長、体重、肥満度測定（標準体重）、視力（スクリーノスコープ）、聴力（オージオメータ：1000Hz、4000Hz）、腹囲
血圧測定	坐位
理学的検査	内科診察、既往歴、業務歴、自覚及び他覚症状の有無
尿検査	糖定性、蛋白定性、潜血反応
血液学的検査	末梢血一般検査（赤血球数、白血球数、血色素量測定、ヘマトクリット値）
生化学的検査	空腹時血糖、総コレステロール、中性脂肪、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、AST、ALT、γ-GT、ALP、尿酸、クレアチニン
大腸がん検査	免疫便潜血反応検査（ヒトヘモグロビン）：２日法
胸部X線検査	デジタル撮影
心電図検査	12誘導

A G 胃検診	胃部X線検査（デジタル撮影）

B C H 節目健診

腹部超音波検査	胆嚢・肝臓・腎臓・膵臓・脾臓
眼底検査	眼底カメラ　２枚
肺機能検査	フローボリュームカーブ（努力性肺活量、１秒量、１秒率）
その他追加項目	尿沈渣、血小板数、血液像、総蛋白、アルブミン、総ビリルビン、LDH、アミラーゼ

※協会けんぽ加入者のご本人で、40～70歳の５歳刻みの方で上記項目を追加希望の方はCを選択して下さい。

D I 乳がん検診	マンモグラフィー（40歳未満の方は、乳房超音波検査）
E J 子宮がん検診	内診（子宮超音波検査）　頸部細胞診（医師による採取）

受診対象事業所 弘前商工会議所の会員で、今年度の会費納付済みの事業所が対象です。

●この健診は、商工会議所「さくら共済」の健康診断助成金の給付対象です。

FAX　0172-34-8762

弘前市医師会　健診センター検診課 行き

申込日:　　年　　月　　日

健康診断申込書

太枠内の項目を必ず記入してください。

※ ご記入いただいた情報につきましては、当事業に関する確認や各種連絡のためにのみ利用し、それ以外には利用いたしません。

全国健康保険協会
保険者番号
記　　号

事業所名

事業所所在地　〒

電話番号　　FAX

事業主氏名　　担当者氏名

健診料お支払方法(どちらかを○で囲んでください)　当日窓口支払い ・ 請求書到着後お振り込み(手数料貴社負担)

保険証番号 本人・扶養者のどちらかを○で囲んでください。	No.	フリガナ 氏　　名	性別	生年月日	あなたの住まいの市町村	希望健診項目			希望日記入欄	医師会記入欄 決定受診日
番号 本人・扶養者	1		男・女	昭和・平成 年　月　日	市・町・村	一般健診 胃検査	A	F G	第一希望　月　日	／
						節目健診	B C	H	第二希望　月　日	
						乳がん検診 子宮がん検診	D E	I J	第三希望　月　日	
番号 本人・扶養者	2		男・女	昭和・平成 年　月　日	市・町・村	一般健診 胃検査	A	F G	第一希望　月　日	／
						節目健診	B C	H	第二希望　月　日	
						乳がん検診 子宮がん検診	D E	I J	第三希望　月　日	
番号 本人・扶養者	3		男・女	昭和・平成 年　月　日	市・町・村	一般健診 胃検査	A	F G	第一希望　月　日	／
						節目健診	B C	H	第二希望　月　日	
						乳がん検診 子宮がん検診	D E	I J	第三希望　月　日	
番号 本人・扶養者	4		男・女	昭和・平成 年　月　日	市・町・村	一般健診 胃検査	A	F G	第一希望　月　日	／
						節目健診	B C	H	第二希望　月　日	
						乳がん検診 子宮がん検診	D E	I J	第三希望　月　日	
番号 本人・扶養者	5		男・女	昭和・平成 年　月　日	市・町・村	一般健診 胃検査	A	F G	第一希望　月　日	／
						節目健診	B C	H	第二希望　月　日	
						乳がん検診 子宮がん検診	D E	I J	第三希望　月　日	
番号 本人・扶養者	6		男・女	昭和・平成 年　月　日	市・町・村	一般健診 胃検査	A	F G	第一希望　月　日	／
						節目健診	B C	H	第二希望　月　日	
						乳がん検診 子宮がん検診	D E	I J	第三希望　月　日	
番号 本人・扶養者	7		男・女	昭和・平成 年　月　日	市・町・村	一般健診 胃検査	A	F G	第一希望　月　日	／
						節目健診	B C	H	第二希望　月　日	
						乳がん検診 子宮がん検診	D E	I J	第三希望　月　日	
番号 本人・扶養者	8		男・女	昭和・平成 年　月　日	市・町・村	一般健診 胃検査	A	F G	第一希望　月　日	／
						節目健診	B C	H	第二希望　月　日	
						乳がん検診 子宮がん検診	D E	I J	第三希望　月　日	
番号 本人・扶養者	9		男・女	昭和・平成 年　月　日	市・町・村	一般健診 胃検査	A	F G	第一希望　月　日	／
						節目健診	B C	H	第二希望　月　日	
						乳がん検診 子宮がん検診	D E	I J	第三希望　月　日	
番号 本人・扶養者	10		男・女	昭和・平成 年　月　日	市・町・村	一般健診 胃検査	A	F G	第一希望　月　日	／
						節目健診	B C	H	第二希望　月　日	
						乳がん検診 子宮がん検診	D E	I J	第三希望　月　日	