

一般健康診断申込書

事業所名			
所在地			
担当者名		TEL FAX	() ()
受診人数	基本定健 (9,000円 税別 ※)		健診希望時期
	男 :	名	【健診時期: 8月 および 11月下旬~3月】 健診日時のご指定はできません
	女 :	名	
計 :	名		
健診の区分 (①・② いずれかに○)	①巡回希望 (30名未満:配車料50,000円/回・税別) ②集合希望		
<通信欄> 新規健診申込事業所・事業所以外の場所での健康診断実施の場合は地図を添付して下さい			
オプション 検査	検査項目	料金(税別)	受診人数
	大腸がん検査(2回採取法)	2,000円	名
	PSA【前立腺がん検査】(血液検査にて実施)	2,500円	名
	C型肝炎検査(血液検査にて実施)	2,000円	名
特殊 健康診断	検査項目	料金(税別)	受診人数
	有機溶剤(種類により異なります)	2,500円~7,400円	名
	鉛及びその合金化合物	7,550円	名
	じん肺・石綿	4,000円(※)	名
	特定化学物質(種類により異なります)	2,200円~6,500円	名
	電離放射線	3,500円	名
	紫外線・赤外線	2,200円	名
	VDT作業(配置替 除く)	5,500円	名
	レーザー光線	4,500円	名
	溶接ヒューム(アーク溶接)	4,000円	名

その他特殊健康診断につきましては別途お問合せ下さい。

2026(夏)Ver

※ 2026年度価格改定を行いました。