

職場で働く人の健康を確保するため、労働安全衛生規則により、毎年1回の定期健康診断の受診が義務づけられています。同時期に協会けんぽの生活習慣病予防健診も実施しますので、皆様のニーズに合わせてお申し込みください。

流れ

- 裏面申込書に必要事項をご記入の上当所へ FAX 又は郵送にてお申込みください。
各事業所より当所にて申込を受付後、委託先の(一社)厚生会 厚生会総合健診センターからの対応となります。
- 日程調整・個人票作成の後、各事業所宛へ日程等のご案内を実施します。
- 集合健診は大東市民会館にて実施致します。
(受診希望者15名以上又は協会けんぽの受診希望者40名以上で
事業所への巡回健診を受付致します。)
- 検査結果及び受診者分の請求書を事業所へ郵送します。

料金 (1名あたり税込)

●A 健診

7,700円

●協会けんぽの生活習慣病予防健診

3,800円

対象者：4月2日から翌年の4月1日までの年齢が対象年齢で、協会けんぽに加入の

35歳から74歳までの被保険者です。さらに20、25、30歳の被保険者も

新たに申込が可能となります。 (右記※印を除く内容で1名あたり税込2,500円です。)

★被扶養者(家族等)は入りません。★年度内に75歳を迎える方は、誕生日の前日までが対象です。

検査項目	A健診	協会けんぽ
診察	○	○
身体測定	○	○
視力	○	○
聴力	○	○
血圧	○	○
心電図	○	○
尿	糖	○
	蛋白	○
	潜血	○
血液検査	赤血球数・血色素量	○
	白血球	○
	ヘマトクリット	○
	GOT・GPT・γGTP	○
	ALP	○
	HDLコレステロール	○
	総コレステロール	○
	LDLコレステロール	○
	中性脂肪・空腹時血糖	○
	eGFR	○
	尿酸・クレアチニン	○
胸部X線		○
胃部X線		※
大腸ガン検査		※

オプション検査

(1名あたり税込) 必ず上記健診とセットで受診願います。

① じん肺	2,750円	⑤ 有機エチルベンゼン	3,300円
② 有機基本項目 ③有機トルエン ④有機キシレン	各2,200円		
⑥ 溶接ヒューム	金属をアーク溶接する作業・アークを用いて金属を溶断し又はガウジングする作業 その他の溶接ヒュームを製造し又は取り扱う作業 等、「金属アーク溶接等作業」に従事されている方が対象です。		2,200円
⑦ HbA1c	(その日から1~2か月前の血糖の状態を推定できる事になります。)		605円
⑧ B・C 型肝炎	(HBs抗原(定性)、HCV 抗体(定量))		3,300円
⑨ 腫瘍マーカー	肝臓・脾臓・胆嚢・腸・肺のガン検査です。(CEA、AFP、CA19-9、SCC)ガン細胞が作る物質を血液から検出します。主としてがんを診断していくうえの補助的な検査や治療効果の経過観察の検査です。		5,500円
⑩ 前立腺ガン	<PSA>		2,200円
⑪ 乳・卵巣ガン	<CA15-3、CA125>		4,400円
⑫ 大腸ガン	便潜血2回法		1,650円
⑬ 胃がんリスク	ヘリコバクターピロリ抗体(Hp 抗体)検査でピロリ菌感染の有無を、ペプシノゲン検査で胃粘膜萎縮度を調べその結果を組み合わせ胃がんのリスクを分類して評価する健診です。		4,400円
⑭ すい臓ガンリスク	4つの「血中ペプチド濃度」からリスクインデックスを算出し現在のすい臓がんのリスクを評価する検査です。		16,500円
⑮ 脳・心筋梗塞リスク	血液中の超悪玉コレステロール(LAB)とその担い手であるsLOX-1を測定・解析することで将来の脳梗塞・心筋梗塞の発症リスクを評価する血液検査です。検査結果で、脳梗塞・心筋梗塞のリスクがあれば予防対策を取って、早い段階からリスク回避していただけます。		13,200円
⑯ 甲状腺	FT3・FT4 という血液中の甲状腺ホルモンを調べることで、糖の代謝やたんぱく質合成など、人間のエネルギー代謝をおこなうために分泌される物質です。さらに TSH という物質は脳から分泌される甲状腺ホルモンのことで、FT3・FT4 の調整機能を持ちます。これらを調べてホルモンの分泌異常がないかを調べます。		4,400円
⑰ アレルギー	一度に主要な39項目のアレルゲン(アレルギーの原因となる物質)を採血で調べます。		13,200円
⑱ 子宮頸がんリスク	原因となるHPV(ヒトパピローマウイルス)の感染の有無を調べます。「自宅で自分で簡単に採取できる」日本製の検査容器を提供します。		5,500円 (容器代込)

上記以外の血液採取で可能なオプション検査も有ります。

費用・内容等申込時にお問い合わせください。

2026 年後期 定期健康診断申込書

事業所名			
所在地			
代表者名		担当者名	
TEL		FAX	
健診予定表及び結果報告等の送付先		代表者 ・ 担当者あて	

巡回希望の有無（A 健診で15名・協会けんぽで40名以上から受付可能です。）	有 ・ 無
「レントゲン車の駐車場所・健診場所など確保できる」と恵生会側が確認の上にて実施致します事予めご了承願います。	

受診者のお名前・生年月日・健診の種類・オプション等のご希望ご記入願います。

〈ふりがな〉 お 名 前	性別 どちらかに○をつけてください。 【生年月日】	希望する健診の方に○をつけてください。 オプションは番号をご記入願います。
だいとうたろう 例：大東 太郎	性別 男 ・ 女 【西暦 1972 年 11 月 20 日生】	・ A 健診 ・ 協会けんぽ 〈被保険者番号 175〉 協会けんぽの健診を申込する方のみご記入ください。↑ ・ オプション 〈 ① ⑨ ⑬ 〉
性別 男 ・ 女 【西暦 年 月 日生】	・ A 健診 ・ 協会けんぽ 〈被保険者番号 ・ オプション 〈 〉	
性別 男 ・ 女 【西暦 年 月 日生】	・ A 健診 ・ 協会けんぽ 〈被保険者番号 ・ オプション 〈 〉	
性別 男 ・ 女 【西暦 年 月 日生】	・ A 健診 ・ 協会けんぽ 〈被保険者番号 ・ オプション 〈 〉	
性別 男 ・ 女 【西暦 年 月 日生】	・ A 健診 ・ 協会けんぽ 〈被保険者番号 ・ オプション 〈 〉	
性別 男 ・ 女 【西暦 年 月 日生】	・ A 健診 ・ 協会けんぽ 〈被保険者番号 ・ オプション 〈 〉	
〈受診者数合計	名〉	〈金額合計 円〉 ※集計用にご活用ください。

6 名以上のお申込みの場合は恐れ入りますがコピーの上お送りいただきますようお願い致します。 〈 / 枚目〉
○各事業所より当所にて申込を受付後、日程調整・個人票作成・健診・結果報告並びに請求書作成および郵送を
（一社）恵生会 恵生会総合健診センター【東大阪市鷹殿町 7-4】に全て委託します。
○新型コロナウイルス等の流行により同事業の中止・延期・実施方法の変更等有る事、予めご了承願います。

※ご記入頂きました情報は当所及び健診委託機関における上記目的のみで使用致します。