

2025 (R7) 年度 羽曳野国保ドック申し込み用紙

フリガナ			様	性	診察券番号		
氏 名					生年月日 年齢		才
住 所					電 話		
日中連絡先					電 話 携 帯		
健康保険	保険者番号		健康保険組合名称	羽曳野市国民健康保険			
	記号		番号				

★事前告知事項

胃内視鏡	内服薬について 抗血栓薬・抗凝固薬を飲んでいませんか	はい	・	いいえ
脳ドック (MRI/MRA)	MR検査を受けたことがある 閉所恐怖症ですか 体内に金属が入っていますか（インプラント・人工関節等）	はい	・	いいえ
		はい	・	いいえ

★受診券と助成決定通知書の確認

★希望日・希望曜日等をご記入ください(6か月先まで)

特定健診受診券	有 (40～74歳)	¥9,325	いつでもいい
	無 (30～39歳)	¥13,600	曜日指定あり (月 火 水 木 金 土)
羽曳野市国民健康保険人間ドック助成決定通知書	有効期限		希望日あり
年 月 日 ~ 年 月 日			年 月 日
助成決定通知書の受付番号	-		年 月 日

★希望のオプション検査に印をつけてください（当日のオプション追加は出来ません。）

チェック欄		◎の検査は羽曳野市 補助対象	料金 (税込)
内視鏡検査	<input type="checkbox"/>	胃カメラ検査（経口または経鼻） 胃部X線検査（バリウム検査）からの変更差額	¥3,300
	<input type="checkbox"/>	鎮静剤 【胃カメラ検査（経口）及び大腸カメラ検査】	¥2,200
	<input type="checkbox"/>	大腸カメラ検査（前日食+前処置薬等含む） 2日目に実施（1日目から1週間後以降）	¥22,000
C T 検査	<input type="checkbox"/>	胸部C T 検査（胸部レントゲン検査からの変更）	¥14,300
	<input type="checkbox"/>	腹部C T 検査（肝臓・胆嚢・膵臓・脾臓・腎臓）	¥14,300
脳	<input checked="" type="checkbox"/>	◎ 脳セット【脳MRI/MRA検査+頸動脈エコー検査】	¥19,700
循環器	<input type="checkbox"/>	心臓エコー検査	¥8,800
	<input type="checkbox"/>	四肢動脈硬化検査（ABI/PWV）	¥1,650
甲状腺	<input type="checkbox"/>	甲状腺セット【甲状腺エコー検査+甲状腺ホルモン（TSH+FT3+FT4）検査】	¥7,700
骨	<input type="checkbox"/>	骨塩定量（腰椎+股関節）	¥4,950
特殊血液検査	<input type="checkbox"/>	腫瘍マーカーセット（CEA・CA19-9・AFP）【肝臓・膵臓・大腸など】	¥4,950
	<input type="checkbox"/>	胃の健康度チェック【胃ABC検査（H.ピロリ抗体+ペプシノゲン）】	¥3,300
	<input type="checkbox"/>	アミノインデックス検査【胃・大腸・膵臓・肺・前立腺・乳・子宮・卵巣がんのリスク検査】	¥25,300
	<input type="checkbox"/>	LOX-index（ロックスインデックス）検査【脳梗塞・心筋梗塞の将来リスク検	¥13,200
男性 前立腺	<input type="checkbox"/>	前立腺がん検診（腫瘍マーカー：PSA）	¥1,650
女性	子宮ガン	◎ 子宮頸がん検診	¥3,400
		経膣エコー検査（子宮・卵巣など）【子宮頸がん検診と同時実施のみ追加可】	¥3,300
	乳がん	◎ 乳がん検診（マンモグラフィー2方向）※	¥4,600
		◎ 乳がん検診（乳腺エコー検査）※	¥1,850
腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/>	婦人科腫瘍マーカーセット（腫瘍マーカー：CA125・CA15-3）	¥3,300

※『マンモグラフィー』・『乳腺エコー』の両方をご希望の場合、『乳腺エコー』は補助対象外『¥3,850』となります。

・羽曳野市役所 保険年金課に人間ドックを申請後に、本申込用紙をご提出ください。

・『羽曳野市国民健康保険人間ドック助成決定通知書』と『特定健診受診券』（40歳～74歳の方）はドック当日持参ください。

・コースに含まれている検査をキャンセルされても値引はありません。原則として、すべての項目を受診ください。キャンセルしたい項目がある場合は事前にご連絡ください。胸部・腹部・胃部のうち、2種類以上キャンセルすると羽曳野市役所の助成が受けられません。コース内容は別紙の項目・価格表をご確認ください。

・予約のキャンセル・変更等は、お早めにご連絡ください。

（医）徳洲会 松原徳洲会病院 健康管理センター TEL 072-334-3400（代表）FAX 072-334-5032

