

全日本労働福祉協会 特定健診日程一覧

健診日	会場コード	会場名	住所	受付時間	定員
11/14 (木)	1	大仙市大曲交流センター	秋田県大仙市大曲日の出町 2-7-53	9:00~11:30 13:00~14:15	100名
11/15 (金)	2	秋田ふるさと村	秋田県横手市赤坂富ヶ沢 62-46	9:00~11:30 13:00~14:15	100名
11/27 (水)	3	由利本荘市文化交流館カダーレ	秋田県由利本荘市東町 15	9:00~11:30 13:00~14:15	100名
11/28 (木)	4	由利本荘市文化交流館カダーレ	秋田県由利本荘市東町 15	9:00~11:30 13:00~14:15	100名
12/10 (火)	5	大館市立中央公民館	秋田県大館市字桜町南 45-1	9:30~11:30 13:00~15:00	100名
12/11 (水)	6	能代山本広域交流センター	秋田県能代市字海詠坂 3-2	9:30~11:30 13:00~15:00	100名
12/12 (木)	7	秋田テルサ	秋田県秋田市御所野地蔵田 3-1-1	9:30~11:30 13:00~15:00	100名
12/13 (金)	8	秋田テルサ	秋田県秋田市御所野地蔵田 3-1-1	9:30~11:30 13:00~15:00	100名

裏面「特定健診申込書」に必要事項と希望されるオプション検査項目を記入し、FAX または TEL にてお申込みください。案内がお手元に届いた日から申込み可能です。

密集・混雑回避のため、全日程で受付時間を指定させていただきます。

申込み時に希望があれば、被保険者の方（生活習慣病一般健診）と同じ時間で受診することも可能です。（定員指定有り：先着順、被保険者は別途申込みが必要です）

オプション検査項目	記号	検査項目	検査の内容	料金（税込）
骨密度検査	A	超音波測定法	骨の中にカルシウムなどのミネラルがどの程度あるか超音波で測定します	無料
眼底検査	B	両眼	瞳孔の奥にある眼底をカメラで撮影し、白内障や緑内障、糖尿病性網膜症などを調べます	無料
腫瘍マーカーセット（男性）	C	CEA・AFP・CA19-9・PSA	男性向けの腫瘍マーカーセットです（血液検査）	6,600
腫瘍マーカーセット（女性）	D	CEA・AFP・CA19-9・CA125	女性向けの腫瘍マーカーセットです（血液検査） 生理中の場合、検査はお勧めできません	6,600
		CEA	大腸・肺などの悪性腫瘍全般の可能性を調べる血液検査です	
		AFP	肝臓がんの可能性を調べる血液検査です	
		CA19-9	消化器系がん、特に膵臓がんの可能性を調べる血液検査です	
PSA	E		前立腺がんの可能性を調べる血液検査です	2,750
CA125	F		卵巣がんの可能性を調べる血液検査です	2,750
CYFRA（シフラ）	G		肺がん・胃がんの可能性を調べる血液検査です	3,300
ABC検診	H		ピロリ菌とベブシノゲンにより、胃疾患にかかるリスクを判定する血液検査です	4,400
B型・C型肝炎セット	I	HBs抗原、抗体・HCV抗体	B型肝炎、C型肝炎の感染やウイルスの保有を調べる血液検査です	3,300
NT-Pro BNP	J		慢性心不全のリスクを判定する血液検査です	2,750
LOX-index	K	脳梗塞・心筋梗塞のリスク検査	動脈硬化の原因物質を測定し、将来の脳梗塞・心筋梗塞のリスクを判定する血液検査です	13,200
甲状腺検査	L	TSH・FT3・FT4	甲状腺のホルモン濃度を測定する血液検査です	5,500
アレルギー検査	M	MAST48MIX	48種のアレルギー原因を測定する血液検査です	13,200

オプション検査項目についてのお問合せは 03-5767-6162（健康支援課）平日9:00~12:00、13:00~17:00

健診実施機関：一般財団法人全日本労働福祉協会【ぜんにほんろうどうふくしきょうかい】

FAX または電話にてお申し込みください

FAX : 018 853 5677 TEL : 018 838 - 0411

平日 9:00 ~ 12:00、13:00 ~ 17:00

令和6年度 協会けんぽ秋田 被扶養者特定健診申込書

特定健診（無料）

オプション検査（個人負担）

希望
会場

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
眼底 無料	骨 無料	男腫瘍 ¥6,600	女腫瘍 ¥6,600	PSA ¥2,750	CA125 ¥2,750	ｼﾌﾞ ¥3,300	ABC ¥4,400	肝炎 ¥3,300	NTPro ¥2,750	LOX ¥13,200	甲状腺 ¥5,500	ｱﾙﾈ ¥13,200

会場コードを記入してください

希望する検査項目に をつけてください

例

1

眼底	骨	男	女	PSA	CA	ｼﾌﾞ	ABC	肝	NT	LOX	甲	ｱﾙﾈ
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ふりがな

ぜんにほん みずき

性別

生年月日（西暦）

保険証記号 - 番号

受診予定者名

全日本 瑞希

女

1978 / 4 / 30

26014101 - 15

眼底	骨	男	女	PSA	CA	ｼﾌﾞ	ABC	肝	NT	LOX	甲	ｱﾙﾈ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

性別

生年月日（西暦）

保険証記号 - 番号

ふりがな

受診予定者名

< 検査キット送付先 >

〒

日中、連絡の取れる連絡先をご記入ください

（健診関連、緊急時のご連絡以外には一切使用いたしません）

TEL :

携帯 :

健診実施機関

一般財団法人 **全日本労働福祉協会**

秋田県秋田市保戸野原の町 5 5 101

お問合せ

☎ 018 838 0411

平日 9:00 ~ 12:00、13:00 ~ 17:00