



青色健康診断受診のご案内

青色申告会では、会員の皆様をはじめ・ご家族・従業員の方を対象に福利厚生事業として総合的な健康診断を実施しております。

この機会に自分の健康状態をチェックしてみたいはいかがでしょうか？

<実施日> 2026年5月25日(月)・5月26日(火) 午前のみ
【両日とも定員50名】

<実施会場> 武蔵野青色申告会 会議室
武蔵野市吉祥寺本町 3-22-12
※駐車場は近隣有料駐車場をご利用ください。



<申込み方法> 別紙申込用紙を FAX 又は電話にてお申込みください。
※申込期限 4月21日(火)

FAXでお申込みの方には1週間以内に確認のお電話をさせていただきます。
連絡がない場合は、お手数ですがお問い合わせください。

<代金お支払方法> 当日現金にてお支払いをお願いいたします。(カード利用不可)

<時間帯のご案内> 実施日1週間前に検査当日のご案内、検査容器を郵便にて発送いたします。

検査項目は裏面をご覧ください。標準検査(必須)に選択検査を追加できます。代金は標準検査と選択検査の合計となります。

<青色共済にご加入の方(加入者本人)特典> 5月新規加入申込締切4/20

- ・便潜血反応検査(選択検査)が無料になります。(お申込みは必要です)
- ・検査費用合計額から10%割引になります。

検査会場



裏面に続く

標準検査（必須）

※金額は全て税込みとなっております。

	検査項目	検査方法	検査説明	金額
標準検査・必須	医師問診		医師による問診、聴診	16,000円
	身体測定		身長測定、体重測定、腹囲測定、BMI	
	血圧測定	血圧	検査当日の血圧	
	尿検査	尿	糖、蛋白、潜血の値	
	心電図検査	電極	狭心症、心筋梗塞などの心臓病の発見と診断	
	胸部X線撮影	X線	肺の病気や心臓の病気の診断	
	視力検査	視力計	視力検査	
	聴力検査	聴力計	聴力検査	
	血液検査	血液	血液一般、肝機能、血中脂質、血糖、腎機能など22項目	
	胃部血液特殊検査	血液	胃粘膜の萎縮検査	
	CRP検査	血液	血液中の成分から急性の炎症や細胞の破壊を調べます	
	ピロリ菌検査	血液	胃がん、胃潰瘍の原因となるピロリ菌の存在の有無	
	腫瘍マーカー（男女各2種類）	血液	全員：胃がん 男性：肺がん 女性：乳がん	
	血清アミラーゼ検査	血液	すい臓の病気などの発見	

選択検査（希望者のみ選択）

※金額は全て税込みとなっております。

	検査項目	検査方法	検査説明	金額	セット割引
選択検査・オプション	前立腺検査〔男性〕	血液	前立腺がん、前立腺肥大などの病気の有無	3,800円	10,000円 (1,000円割引)
	エストロゲン検査〔女性〕	血液	更年期障害の早期対策	3,000円	
	喀痰検査	痰採取	肺がんや結核などの疑いの有無	3,600円	
	便潜血反応検査	便採取	大腸がん・直腸がんの疑いの有無 ※青色共済加入者は無料	1,500円	
	眼底検査	撮影	眼の病気、頭蓋内の病気、動脈硬化の診断	3,800円	
	●B型肝炎検査	血液	B型肝炎ウイルス感染の有無	2,100円	
	●C型肝炎検査	血液	C型肝炎ウイルス感染の有無	3,100円	
	骨粗しょう症検査	血液	骨粗しょう症の予防と対策	3,500円	
	★腹部超音波検査	超音波	肝臓、胆嚢、膵臓、腎臓、脾臓の検査	6,700円	
	★乳腺超音波検査〔女性〕	超音波	乳腺の病気（がん、良性疾患など）の有無	4,300円	
	■甲状腺血液検査	血液	甲状腺の働き（亢進症・低下症）の検査	4,000円	
	■甲状腺超音波検査	超音波	甲状腺の腫大・腫瘍・う胞等の検査	4,300円	
	腫瘍マーカー（肺がん）〔女性〕	血液	肺がんの可能性選別検査	1,600円	
	◆腫瘍マーカー（肝臓がん）	血液	肝臓がんの可能性選別検査	1,600円	
	◆腫瘍マーカー（すい臓がん）	血液	すい臓がんの可能性選別検査	1,600円	
	腫瘍マーカー（子宮・卵巣がん）〔女性〕	血液	子宮・卵巣がんの可能性選別検査	2,700円	

※ 選択検査のみの受診はできません。標準検査のみ、または標準検査と選択検査になります。

※ 便潜血反応検査の採取方法は、2本の容器に2日分の採便となります。

※ ● ★ ■ ◆は、セットで受診される場合は割引があります。

※ 男性は、腫瘍マーカー（肺がん）が標準検査に含まれます。

※ 健診実施機関：医療法人社団壮友会 山口医院附属健診センター



一般社団法人武蔵野青色申告会 FAX 0422-51-0826 電話 0422-53-8665

担当：倉品、青木

健康診断受診申込書

青色共済加入の方は10%割引となります。(※加入者本人のみ割引)

受診日 5月25日(月) ・ 5月26日(火) いずれかを○印で囲んでください。

会員番号 _____

事業主名 _____

検査容器・検査結果の発送先住所 〒 _____

電話 _____

受診される項目に○印をご記入ください。

受診者氏名	性別	青色共済加入	標準検査	前立腺検査 男性のみ	エストロゲン検査 女性のみ	喀痰検査	便潜血反応検査	眼底検査	B型肝炎検査	C型肝炎検査	骨粗しょう症検査	腹部超音波検査	乳腺超音波検査 女性のみ	甲状腺血液検査	甲状腺超音波検査	肺がん腫瘍マーカー 女性のみ	肝臓がん腫瘍マーカー	すい臓がん腫瘍マーカー	子宮・卵巣がん腫瘍マーカー
フリガナ 氏名 _____ 生年月日(T・S・H)	男 女	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																
フリガナ 氏名 _____ 生年月日(T・S・H)	男 女	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																
フリガナ 氏名 _____ 生年月日(T・S・H)	男 女	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																
フリガナ 氏名 _____ 生年月日(T・S・H)	男 女	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																
フリガナ 氏名 _____ 生年月日(T・S・H)	男 女	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																