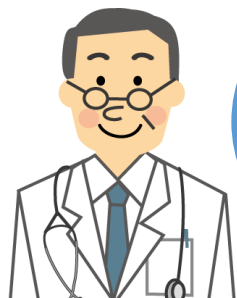


平成30年度



青色ドック



追加開催決定！

NEW

① 7/10(火) ② 8/3(金) ③ 9/12(水) ④ 10/11(木) ⑤ 11/16(金)

- 実施場所：千代田区九段南 4-8-36 【東京青色申告会館】
※JR・地下鉄「市ヶ谷駅」より徒歩4分
- お申込み及び受診料、割引等の詳細はご所属の青色申告会までお願い致します。



特別企画

「8・3 真夏の健診キャンペーン」を実施します！
追加開催が決定した 8/3(金) 受診の方限定 先着100名様 に
「オリジナルステンレスボトル」をもれなくプレゼント！！
※8/3 受診者限定。他の日にちで受診された場合、プレゼントはありません。

◎標準検査項目

医師問診（計測・腹囲測定）・血圧測定・尿検査・心電図検査・胸部X線撮影・視力聴力検査・血清アミラーゼ検査・胃部血液特殊検査（ペプシノゲン、ピロリ菌）・血液検査・CRP検査・腫瘍マーカー検査（全員：胃がん／男性：肺がん 女性：乳がん）

◎選択検査項目（オプション）

- ①前立腺検査 ②エストロゲン検査 ③喀痰検査 ④便潜血反応検査 ⑤眼底検査
⑥B型肝炎検査 ⑦C型肝炎検査 ⑧骨粗しょう検査 ⑨腹部超音波検査 ⑩乳腺超音波検査
検査 ※平成30年度 NEW! ⑪甲状腺血液検査 ⑫甲状腺超音波検査
<腫瘍マーカー各種>
⑬肺がん ⑭肝臓がん ⑮すい臓がん ⑯子宮卵巣がん



★お得な【セット割引】のご案内

- 【肝炎検査セット割引】⑥B型肝炎検査+⑦C型肝炎検査
- 【超音波検査セット割引】⑨腹部超音波検査+⑩乳腺超音波検査
- 【腫瘍マーカーセット割引】⑭肝臓がん+⑮すい臓がん
- 【甲状腺検査セット割引】⑪甲状腺血液検査+⑫甲状腺超音波検査



<メモ欄>

<お問い合わせ先>

(公社) ○○青色申告会

住 所 :

連絡先 :

●主催 : 東京青色申告会連合会共済会

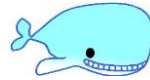
○実施医療機関 : 医療法人社団壮友会 山口医院附属健診センター

○企画運営会社 : 株式会社ヘルスケアパートナーズ

連絡先 (青色ドック専用ダイヤル)  0120-040-950

★青色申告会連合会共済会主催の集団健康診断★

「青色ドック」(市ヶ谷会場)



今年も
充実!

(一社)品川青色申告会
TEL 03(3474)7564
FAX 03(3458)2616



- ★ オプション検査に『甲状腺血液検査』と『甲状腺超音波検査』が入りました! **NEW!**
- ★ セット割引は全部で4種類 (肝炎検査、超音波検査、甲状腺検査、腫瘍マーカー)

★青色共済★ 加入者割引!!

当会の青色共済にご加入されている方は標準検査が**1,000円割引**になります!
(未加入の方も、青色ドック申込時に青色共済にご加入いただければ、**1,000円割引**致します!)

【実施日および申込締切】

- ① 7月10日(火)
- ② 8月3日(金)
- ③ 9月12日(水)
- ④ 10月11日(木)
- ⑤ 11月16日(金)

※定員70名に達した場合、
または、各実施日の15日前が
お申込みの締切日となります。
※受診時間はいずれも午前9時
～午前11時半までとなります。

【実施会場】

会場は当会ではありませんのでご注意ください!

東京青色申告会館(千代田区九段南4-8-36)

JR・地下鉄各線「市ヶ谷駅」徒歩約4分

TEL 03(3230)8501 ※ 駐車場はございません

【お申込み】

(一社)品川青色申告会にお申し込みください。

【お申し込み後】

実施約10日前に、地図・当日のご案内・検査容器を
郵便にてお送りします。

【検査容器の発送について】

- ◎全ての受診者に尿検査用の容器を送付しますので、
受診日当日自宅から採取し、必ず健診会場にご持参ください。
- ◎右表にある☆印の検査は、事前に検査容器をお送りします
ので、ご自身で検体を採取の上、受診当日その容器をお
持ちいただきます。

詳しくは(一社)品川青色申告会にお尋ねください。



- ① B型肝炎とC型肝炎を両方受診すると、合計金額から700円の割引になります。(3,000円)
- ② 腹部と乳腺の超音波検査を両方受診すると、合計金額から1,000円の割引になります。(7,200円)
- ③ 甲状腺の血液検査と超音波検査を両方受診すると、合計金額から1,000円の割引になります。(5,100円)
- ④ 肝臓がん・膵臓がんの腫瘍マーカーを両方受診すると、500円の割引になります。(2,100円)
- ⑤ バリウムを飲まずに、胃内部の検査を行います。
- ⑥ 選択検査のみの受診はできません。
- ⑦ ☆印の検査は、標準検査で採取する血液から検査します。

< 青色ドック 受診申込書 > (標準コース)

【受診日】 希望日に○をしてください
① 7月10日(火) ② 8月3日(金) ③ 9月12日(水) ④ 10月11日(木) ⑤ 11月16日(金)

標準検査	受診	料金(円)
前立腺検査④	○	13,000
エストロゲン検査④		
喀痰検査		
便潜血反応検査		
眼底検査		
B型肝炎検査		セット
C型肝炎検査		
骨粗しょう症検査		
腹部超音波検査		セット
乳腺超音波検査④		
甲状腺血液検査		セット
甲状腺超音波検査		
腫瘍マーカー 肺がん④		
腫瘍マーカー 肝臓がん		セット
腫瘍マーカー 膵臓がん		
腫瘍マーカー④ 子宮・卵巣がん		
合計		

セットの申込は
こちらへ金額を
書いてください

希望時間に○をしてください
※お時間は午前中のみです。ご希望にそえない場合はご了承ください。

【受診時間】 ① 9:00 ② 9:30 ③ 10:00
④ 10:30 ⑤ 11:00 ⑥ 11:30

(フリガナ) () 【性別】
【お名前】 男 女

【生年月日】 明 昭 年 月 日
大 平

【ご住所】 * 検診結果および検査容器の発送先です。
* 送り先が事業所の場合は、屋号もご記入ください。
〒 -

TEL : ()

青色申告会使用欄
料金收受 【 】会にて領収 【 】当日共済会にて領収

★青色申告会連合会共済会主催の集団健康診断★

「青色ドック」(市ヶ谷会場)

簡易コース申込書

(一社)品川青色申告会

TEL 03(3474)7564

FAX 03(3458)2616



★青色共済★ 加入者割引!!

当会の青色共済にご加入されている方は標準検査が**1,000円割引**になります! (未加入の方も、青色ドック申込時に青色共済にご加入いただければ、**1,000円割引**致します!)

【簡易コース検査項目】		料金(円)		
標準検査	医師の問診・身長・体重測定	会員		
	BMI・腹囲測定	8,500		
	視力検査・聴力検査・尿検査	共済加入者		
	血圧測定・血液検査		7,500	
	心電図検査・胸部X線撮影			
選択検査 (オプション)	前立腺検査【男性】※	2,600		
	エストロゲン検査【女性】※	2,100		
	喀痰検査	☆	2,500	
	便潜血反応検査(2回法)	☆	1,600	
	眼底検査		2,600	
	ピロリ菌検査	※	1,600	
	B型肝炎検査	※	1,600	肝炎セット
	C型肝炎検査	※	2,100	3,000
	骨粗しょう症検査		2,300	
	腹部超音波検査		5,100	超音波セット
	乳腺超音波検査【女性】		3,100	7,200
	甲状腺血液検査	NEW! ※	3,000	甲状腺セット
	甲状腺超音波検査	NEW!	3,100	5,100
	腫瘍マーカー※	肺がん	1,300	
		乳がん【女性】	1,300	
肝臓がん		1,300	腫瘍マーカーセット	
胃がん		1,300		
膵臓がん		1,300		
子宮・卵巣がん【女性】	2,600	2,900		

【実施日および申込締切】

- 7月10日(火)
- 8月3日(金)
- 9月12日(水)
- 10月11日(木)
- 11月16日(金)

※定員70名に達した場合、または、各実施日の15日前がお申込みの締切日となります。
※受診時間はいずれも午前9時～午前11時半までとなります。

【実施会場】

会場は当会ではありませんのでご注意ください!

東京青色申告会館(千代田区九段南4-8-36)

JR・地下鉄各線「市ヶ谷駅」徒歩約4分

TEL 03(3230)8501 ※ 駐車場はございません

【お申込み】

(一社)品川青色申告会にお申し込みください。

【お申し込み後】

実施約10日前に、地図・当日のご案内・検査容器を郵便にてお送りします。

【検査容器の発送について】

- ◎全ての受診者に尿検査用の容器を交付しますので、受診日当日自宅で採取し、必ず健診会場にご持参ください。
- ◎右表にある☆印の検査は、事前に検査容器をお送りしますので、ご自身で検体を採取の上、受診当日その容器をお持ちいただけます。

詳しくは(一社)品川青色申告会にお尋ねください。

- B型肝炎とC型肝炎を両方受診すると、合計金額から700円の割引になります。(3,000円)
- 腹部と乳腺の超音波検査を両方受診すると、合計金額から1,000円の割引になります。(7,200円)
- 甲状腺の血液検査と超音波検査を両方受診すると、合計金額から1,000円の割引になります。(5,100円)
- 胃がん・肝臓がん・膵臓がんの腫瘍マーカーを3つ同時に受診すると、1,000円の割引になります。(2,900円)
- 選択検査のみの受診はできません。
- ※印の検査は、標準検査で採取する血液から検査します。



< 青色ドック 受診申込書 > (簡易コース)

【受診日】 希望日に○をしてください
 ① 7月10日(火) ② 8月3日(金) ③ 9月12日(水) ④ 10月11日(木) ⑤ 11月16日(金)

項目	標準検査	受診	料金(円)	
受診項目	前立腺検査①	○	8,500	
	エストロゲン検査②			
	喀痰検査			
	便潜血反応検査			
	眼底検査			
	ピロリ菌検査			
	B型肝炎検査			セット
	C型肝炎検査			
	骨粗しょう症検査			
	腹部超音波検査			セット
	乳腺超音波検査④			
	甲状腺血液検査			セット
	甲状腺超音波検査			
	腫瘍マーカー 肺がん			
	腫瘍マーカー⑤ 乳がん			
腫瘍マーカー 肝臓がん			セット	
腫瘍マーカー 胃がん				
腫瘍マーカー 膵臓がん				
腫瘍マーカー⑥ 子宮・卵巣がん				
合計				

セットの申込はこちらへ金額を書いてください

希望時間に○をしてください
 ※お時間は午前中のみです。ご希望にそえない場合はご了承ください。
 【受診時間】 ① 9:00 ② 9:30 ③ 10:00
 ④ 10:30 ⑤ 11:00 ⑥ 11:30

(フリガナ) () 【性別】
 【お名前】 男 女

【生年月日】 明 昭 平 年 月 日

* 検診結果および検査容器の発送先です。
 * 送り先が事業所の場合は、屋号もご記入ください。
 〒 -

【ご住所】
 TEL: ()

青色申告会使用欄
 料金収受 【 】会にて領収 【 】当日共済会にて領収