



『青色ドック申込書(FAX用)』

FAX:03(3393)2864 [公社]杉並青色申告会(石神)行

事業主名	(ふりがな) お 名 前		
ご住所	〒 —		
ご連絡先	【事業所】 ()-()-() — 【携帯電話】 ()-()-()		
受診される方	①	(ふりがな) お 名 前	年 齢 性 別 才 男・女
	②	(ふりがな) お 名 前	年 齢 性 別 才 男・女

受診者ごとに○をつけてください		受診料金	①	②
基本検査	青色共済加入 無	14,000円		
	青色共済加入 有	12,500円		

選択検査(ご希望の検査に受診者ごとに○をつけてください)			①	②
①前立腺検査(男性のみ)	2,600円			
②エストロゲン検査(女性のみ)	2,100円			
③喀痰検査	2,500円			
④便潜血反応検査	1,600円			
⑤眼底検査	2,600円			
⑥B型肝炎検査	1,600円			
⑦C型肝炎検査	2,100円			
⑧骨粗症検査	2,300円			
⑨腹部超音波検査	5,100円	両方受診 した場合 合計7,200円		
⑩乳房超音波検査(女性のみ)	3,100円			
⑪肺がん腫瘍マーカー(女性)	1,300円			
⑫肝臓がん腫瘍マーカー	1,300円			
⑬膵臓がん腫瘍マーカー	1,300円			
⑭子宮・卵巣がん腫瘍マーカー	2,600円			
受診料金 (基本検査 + 選択検査①～⑭)				