

申込期間:6/3(月)～定員になり次第

2024年度 京都市国保人間ドック申込書

フリガナ		生年月日	年	月	日
氏名		年齢	歳	性別	男・女
連絡先	-	日中連絡先	-	-	-
住所	〒 -				
被保険者証記号番号	京 -	← * 受診日当日に京都市国保に加入されていない場合は、全額自費となります。当センターまでお問合せ下さい。			
受診券整理番号	2 4	← * 京都市国民健康保険より送付されている特定健康診査受診券に記載されています。			

◆ご希望の検査、項目に○印をつけて下さい。

胃 部 検 査	X線直接撮影 (バリウム)	胃 部 検 査 は 実 施 し な い	内 視 鏡 検 査 (経口胃カメラ) ※追加料金3,300円が必要
------------------	------------------	--	---

婦 人 科 検 査	乳がん検査(マンモグラフィ1方向)	⇒	乳房超音波検査に変更
	子宮頸がん検査		マンモグラフィ2方向に変更 ※追加料金3,300円が必要

★人間ドック自己負担額: 男性12,540円(前立腺検査含む)/女性13,830円(乳がん検査・子宮頸がん検査含む)

バージョンアップ コース	デラックスコース 追加料金: 男性29,700円、女性39,700円	プレミアムコース 追加料金: 男性73,700円、女性85,900円
-----------------	---------------------------------------	---------------------------------------

オ プ シ ョ ン 検 査	A	脳オプション	Q	HPV検査 ※細胞診受診者に追加可能
	B	肺がん・COPD検診セット	R	動脈硬化検査
	C	乳がん検診セット	S	内臓脂肪計測
	D	子宮頸がん検診セット	T	骨粗しょう症検査
	E	メタボリックセット	U	心臓超音波検査
	F	肺CT	W	甲状腺検査
	G	肺がん検査(喀痰細胞診)	X	マルチアレルギー検査
	H	尿路系がん検査	Y	鼻炎・喘息アレルギー検査
	I	前立腺検査(男性コース内に含む)	Z-1	腫瘍マーカー4種:基本セット
	J	胃ペプシノゲン検査	Z-2	腫瘍マーカー5種:基本セット+肺セット
	K	ピロリ菌検査	Z-3	腫瘍マーカー5種:基本セット+女性セット
	P	経膈超音波検査 ※細胞診受診者に追加可能		

◆ご希望日を第4希望までご記入ください。 **実施期間 2024年7月1日～2025年3月31日**

希 望 日	第1希望	月	日	()	AM	第2希望	月	日	()	AM
	第3希望	月	日	()	AM	第4希望	月	日	()	AM
	休診日 : 日曜日、祝日、第2土曜日、7月29、30日、8月14日～16日、12月29日～1月4日 受付時間 : 8時30分から10時の間で、30分毎の時間帯でのお呼出しとなります。 詳しい受付時間は問診票送付時にお知らせ致します。午前からの受付となります。									