

健康チェックで、今の体を知ろう！

令和8年度

# 青色ドック

## 開催のお知らせ

実施日

—5月14日（木）—

男性9:00～ 女性10:30～

会場 足立青色申告会 3F会議室

〒120-0026 足立区千住旭町44-15



✓ [健康相談]

日々の生活習慣、気になる症状など、どんな些細なことでもお気軽にご相談ください。

✓ [市ヶ谷会場は年6回実施]

7/7（火）・8/21（金）・9/9（水）・10/8（木）・11/6（金）・11/16（月）

✓ [便潜血反応検査]

現在青色共済に御加入の方全員に便潜血反応検査を無料でセットいたします

✓ [セット割引あり]

♡肝炎検査・超音波検査 ★がん腫瘍マーカー・甲状腺検査

お申込み・お問合せ

足立青色申告会

お電話またはFAXからお申込みいただけます。

📞 03-3881-8211

📠 03-3881-8215

受付時間：平日 9:00～17:00

# ★青色申告会の集団健康診断★

## 「青色ドック」



受診申込書  
(一財)足立青色申告会  
TEL 03-3881-8211  
FAX 03-3881-8215

- ・事業主様はもちろんご家族の方、従業員の方もお気軽にお申込みください！
- ・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）

【実施日】 令和8年5月14日(木) 【実施会場】

足立青色申告会(足立区千住旭町44-15)

※男性は9時から女性は10時半頃からの診察となります。

※駐車場はございません

**【お申込み】…お申込み締切日令和8年3月31日(火)**

本申込書の、ご希望の検査項目の「受診」欄に○印を記入し、申告会へFAX、または直接ご連絡ください。

【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(約10日前)、当日自宅で採取し、ご持参ください。

◎選択検査(オプション)にある☆印の検査は、事前に検査容器をお送りしますので(約10日前)、ご自身で検体を採取の上、当日その容器をお持ちいただきます。



- ① B型肝炎とC型肝炎を両方受診すると、合計金額から800円の割引になります。(3,900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。(9,000円)
- ③ 肝臓がん・脾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)
- ④ 甲状腺血液検査と甲状腺超音波検査を両方受診すると900円の割引になります。(6,500円)
- ⑤ 選択検査のみの受診はできません
- ⑥ ※印の検査は、標準検査で採取する血液から検査します。
- ⑦ R5年度より便潜血反応検査の料金が変更になりました。(青色共済加入者:0円、未加入者1,000円)

標準コース		料金	受診
医師の問診・身長・体重測定			
BMI・腹囲測定			
視力検査・聴力検査・尿検査			
血圧測定・血液検査・血栓アミラーゼ検査			
CRP検査・胃部血液特殊検査			
心電図検査・胸部X線検査			
ピロリ菌検査			
腫瘍マーカー 2種類			
→全員:胃がん			
男性:肺がん/女性:乳がん			
前立腺検査 【男性】	※	3,300	
エストロゲン検査 【女性】	※	2,700	
喀痰検査	☆	3,200	
便潜血反応検査(2回法)	☆	1,000	
眼底検査		3,300	
B型肝炎検査	※	2,000	肝炎セット 3,900
C型肝炎検査	※	2,700	
腹部超音波検査		6,200	超音波セット 9,000
乳腺超音波検査 【女性】		3,800	
甲状腺血液検査	※	3,600	甲状腺セット 6,500
甲状腺超音波検査		3,800	
骨粗しょう症検査	※	2,700	
肺がん 【女性】		1,300	
肝臓がん		1,300	
すい臓がん		1,300	
腫瘍マーカー ※		2,100	
子宮・卵巣がん【女性】		2,600	

簡易コース		料金	受診
標準検査	医師の問診・身長・体重測定 BMI・腹囲測定 視力検査・聴力検査・尿検査 血圧測定・血液検査 心電図検査・胸部X線検査	10,000	
選択検査	前立腺検査 【男性】 エストロゲン検査 【女性】 喀痰検査 便潜血反応検査(2回法) 眼底検査	3,300 2,700 3,200 1,000 3,300	
オプション	ピロリ菌検査 B型肝炎検査 C型肝炎検査 腹部超音波検査 乳腺超音波検査 【女性】 甲状腺血液検査 甲状腺超音波検査 骨粗しょう症検査 肺がん 乳がん 【女性】 肝臓がん すい臓がん 腫瘍マーカー ※ 子宮・卵巣がん【女性】	2,000 2,000 2,700 6,200 3,800 3,600 3,800 2,700 1,300 1,300 1,300 1,300 2,100 2,600	肝炎セット 3,900 超音波セット 9,000 甲状腺セット 6,500 腫瘍マーカー セット 2,900

【ご住所】 ※健診結果及び検査容器の発送先です。

〒 ( - - )

TEL : ( - - )

(フリガナ) 【お名前】	【性別】 男 女
【生年月日】	年 月 日

【合計】	円
------	---