

2020年度医師国保人間ドックのご案内

2020年度は、新たにオプションセット「VIP」「レディース」をご用意いたしました。
医師国保専用オプションセットを特別料金にてご提供しておりますので、ぜひご利用ください。
 ご予約の際は別紙「医師国保人間ドック申込書」をFAXいただきますようお願い申し上げます。

◎正組合員

- ・「基本コース」を**無料**で受診いただけます。
- ・オプションセットを選択してください。1万円を超えた分は自己負担となります。
- ・オプションセットの指定が無い場合は、①・②を実施いたします。

◎配偶者・准組合員

- ・「基本コース」を**無料**で受診いただけます。
- ・オプションセットから希望する項目を**自己負担**で追加できます。

大腸CT(大腸がん検査)

New

事前説明と検査で2日間の来院が必要です。人間ドックとは別日(金曜午後)に検査します。

料金:28,000円(税込)

※医師国保加入者のための**特別料金**です。
 ※**自己負担**になります。

オプションセット	①	②	③	④	⑤	⑥	VIP New	レディース New
料金(円/税込)	3,000	7,000	5,000	5,000	10,000	20,000	58,000	13,000
ALP・総蛋白・アルブミン・総ビリルビン	●						●	
LDH・γ-GT・AST・ALT	●						●	
尿素窒素・アミラーゼ	●						●	
血清鉄・血液像	●						●	
CRP・RF	●						●	
HBs抗原・HBs抗体・HCV抗体	●						●	
AFP・CEA・γ-GT・CA19-9		●					●	
PSA(男性)・CA125(女性)		●					●	
腹部超音波			●				●	
尿検査(沈渣)				●			●	
眼底・眼圧・肺機能				●			●	
骨密度				●			●	●
胸・腹部CT(2部位)					●		●	
頭部MRI+MRAまたは、腰椎MRI						●	●	
体脂肪率・NTpro-BNP							●	
内臓脂肪CT・血圧脈波検査							●	
マシゲラフィ・乳腺I ₁₂₅ ・子宮頸がん細胞診(マシゲラフィは30歳以上が対象)								●

基本コース

20,000円(税込)

問診
身長・体重・BMI・腹囲・視力
聴力(オーディオメータ1000Hz・4000Hz)
血圧測定
胸部X線
胃部X線
心電図
尿検査(糖・蛋白・潜血・ウロビリノーゲン)
便潜血反応(2日法)
血液検査
赤血球数・ヘモグロビン・白血球数
ヘマトクリット・血小板数
MCV・MCH・MCHC
中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール
AST・ALT・γ-GT
クレアチニン・eGFR
尿酸・血糖・ヘモグロビンA1c

※休日急病診療所など巡回健診にて受診の場合は、オプションセット①・②からお選びください。

※胃部X線から胃内視鏡へ変更する場合は、**差額3,300円(税込)**が発生します。
 (なお、胃部X線中止の場合は、ペプシノーゲン・ピロリ抗体検査を実施いたします)

※オプションセット以外の追加検査をご希望の場合は、自己負担で追加できます。
 追加できるオプションについてはホームページでご確認ください。

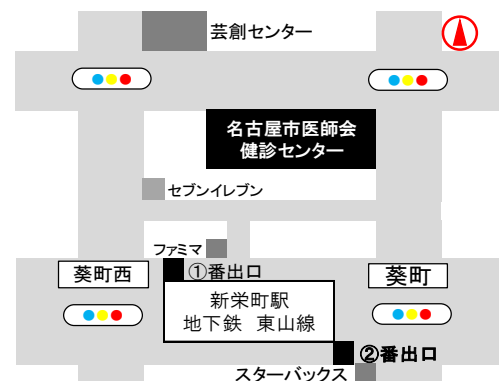
ご予約・お問い合わせ 平日：9時～17時、土曜日：9時～12時

名古屋市医師会健診センター

TEL 052-937-8425

FAX 052-937-7894

WEB予約に対応いたしました。
 右のQRコードまたは下記URLよりお申込みください。
 URL <http://www.nagoya-med.jp>



2020年度 医師国保人間ドックの健診会場・日程

番号	1	2	3	4	5
健診会場	名古屋市医師会 健診センター	南区休日急病診療所	北区休日急病診療所	中村区休日急病診療所	中川区休日急病診療所
日程	6月～2月末 AM(月～土)・PM(水・木)	6/10(水) 13:30～	7/22(水) 13:30～	9/16(水) 13:30～	9/23(水)・9/24(木) 13:30～
住所	東区葵1-18-14	南区西又兵工町4-8-1	北区下飯田3-3-2	中村区則武本通2-80-2	中川区高畑1-222

番号	6	7	8	9	10
健診会場	西区休日急病診療所	緑区休日急病診療所	港区休日急病診療所	名東区休日急病診療所	日進市民会館
日程	10/8(木) 13:30～	11/4(水) 13:30～	11/5(木) 13:30～	11/18(水) 13:30～	調整中
住所	西区城西4-15-10	緑区鳴海町字池上98-5	港区港楽2-6-18	名東区丁田町35	日進市折戸町笠寺山 62-3

※規定の人数に満たない場合は、他の会場をご案内することがございます。

所属の区にかかわらず、どの会場でもご受診いただけます。

健診日の14日前を予約締切りといたします。締切日を過ぎた場合は、お問い合わせください。



特定健診対象の方へ（40～74歳）

※既に受診済の方は、補助対象外となる場合がありますので、事前にご連絡ください。

※特定健診の項目は省略できません。

※「**特定健診受診券**」をご持参ください。

紛失などの場合は、NPO健康情報処理センターあいち(TEL052-241-1351)へ再発行の依頼をしてください。

中川区休日急病診療所で受診の方へ

※**胃部X線は実施できません**。代わりにペプシノーゲン・ピロリ抗体を実施いたします。ご了承ください。

備考欄へのご記入のお願い

※名古屋市がん検診(無料クーポンも)を利用して婦人科検査を受診される方は、**自宅住所・〒・TEL**をご記入ください。

※医師国保非加入者や組合員家族などの補助対象外の方が、全額実費にて受診される場合は、その旨ご記入ください。

※オプションセット以外の追加検査、胃部X線中止など中止項目、その他連絡事項をご記入ください。

婦人科検査の実施日（名古屋市医師会健診センターのみ）

※マンモグラフィ・乳腺超音波・・・月曜～金曜(AM・PM)

※子宮頸がん・・・月曜～金曜(AM)

お申込方法

専用の申込書に必要事項をご記入後、FAXにてお申込ください。
(申込書はインターネットからもダウンロードできます)

WEB予約にも対応いたしました。

右のQRコードまたは下記URLよりお申込みください。

URL <http://www.nagoya-med.jp>



 名古屋市医師会健診センター

〒461-0004 名古屋市東区葵1-18-14

お問い合わせ 平日:9時～17時 土:9時～12時

TEL052-937-8425

FAX052-937-7894

予約FAX 052-937-7894 ☆2020年度 医師国保人間ドック申込書☆

「医師国保人間ドックのご案内」を参照してご記入ください。(右のQRコードからもご確認頂けます)

FAX着信後7日以内に返信し、健診日の10日程前に健診資料を送付します。

FAX返信や健診資料が届かない場合は、お手数ですがご連絡をお願いいたします。



URL: <http://www.nagoya-med.jp>

※健診資料・結果・請求書は、ご記入の医療機関様へ送付します。

医療機関名	〒 -	ご住所	TEL	-	-
			FAX	-	-

<申込書 記入例>

健診会場1~10のうち、ご希望の番号をご記入ください

正 組 合 員	保険証 番号	0	1	-	2	3	4	5	-	会場	1	第1希望日	6/1	AM PM	第2希望日	2/28	AM PM				
	フリガナ	ケンシン 知由								男	昭和・平成		3	8	年	3	月	2	7	日	生
	氏名	健診 太郎								女	オプションセット		①	2	3	4	レディース				
	備考	胃X線中止、頸動脈超音波を追加、7~9月の(水)の14時以降で予約を入れてください。																			

ご希望のオプションセットに○を付けてください。6・VIPを選択の場合は、部位にも○を付けてください。

希望日は左記のようにご記入いただいてもOKです。

氏名・保険証番号など、すべてご記入ください。

正 組 合 員	保険証 番号	-	-	-	-	-	-	-	-	会場	/	第1希望日	AM PM	第2希望日	AM PM	返信用欄 (記入しないでください) お客様の健診日時は					
	フリガナ									男	昭和・平成		年 月 日生			/					
	氏名									女	オプションセット		1	2	3	4	レディース	時 分より			
	備考																				
配 偶 者	保険証 番号	-	-	-	-	-	-	-	-	会場	/	第1希望日	AM PM	第2希望日	AM PM	返信用欄 (記入しないでください) お客様の健診日時は					
	フリガナ									男	昭和・平成		年 月 日生			/					
	氏名									女	オプションセット		1	2	3	4	レディース	時 分より			
	備考																				
准 組 合 員	保険証 番号	-	-	-	-	-	-	-	-	会場	/	第1希望日	AM PM	第2希望日	AM PM	返信用欄 (記入しないでください) お客様の健診日時は					
	フリガナ									男	昭和・平成		年 月 日生			/					
	氏名									女	オプションセット		1	2	3	4	レディース	時 分より			
	備考																				
准 組 合 員	保険証 番号	-	-	-	-	-	-	-	-	会場	/	第1希望日	AM PM	第2希望日	AM PM	返信用欄 (記入しないでください) お客様の健診日時は					
	フリガナ									男	昭和・平成		年 月 日生			/					
	氏名									女	オプションセット		1	2	3	4	レディース	時 分より			
	備考																				
准 組 合 員	保険証 番号	-	-	-	-	-	-	-	-	会場	/	第1希望日	AM PM	第2希望日	AM PM	返信用欄 (記入しないでください) お客様の健診日時は					
	フリガナ									男	昭和・平成		年 月 日生			/					
	氏名									女	オプションセット		1	2	3	4	レディース	時 分より			
	備考																				