

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。

VIPセットはCT2部位を含み、通常88,000円のところ**58,000円(税込)**でご提供いたします。

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**でご受診いただけます。
- ・さらにオプションセットは、1万円分を**無料**で実施できます。
- ・オプションセットの指定がない場合は、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**でご受診いただけます。
- ・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)に実施いたします。

通常33,000円のところ

28,000円(税込)でご提供いたします。

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							●	
マツダ ライフ・乳腺I ₁₂₅ ・子宮頸がん細胞診(マツダ ライフは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。

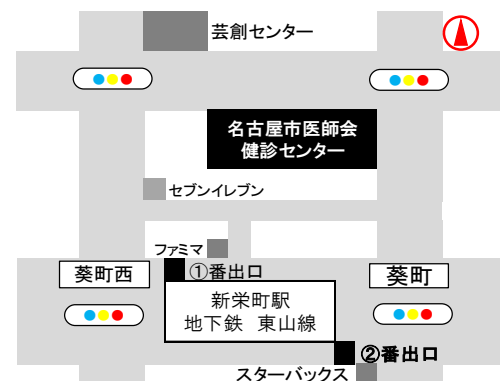
ご予約・お問い合わせ 平日：9時～17時、土曜日：9時～12時

 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～	10/28(水) 13:30～
住所	西區城西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 知ウ								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	5	6	②	③	④
	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	/	AM PM	/	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	/		
	備考																			
配 偶 者	保険証 番号	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	会場	/	AM PM	/	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	/		
	備考																			
准 組 合 員	保険証 番号	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	会場	/	AM PM	/	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	/		
	備考																			
准 組 合 員	保険証 番号	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	会場	/	AM PM	/	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	/		
	備考																			
准 組 合 員	保険証 番号	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	会場	/	AM PM	/	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	/		
	備考																			