

団体番号	※当方記入
事業所名	ご担当者
住所	
電話番号	FAX番号
加入健保	全国健康保険協会(協会けんぽ) ・ 変更あり ( )
保険者番号	保険証記号
◆前年度から変更点がありますか？ なし ・ あり ⇒変更点:	

◆予約に関するご要望

例)〇月～〇月希望、〇曜日不可、土曜日希望、1日2名等

【対象年齢の方は健保補助あり】 ※2026.4/1時点での年齢

- ・生活習慣病健診：35歳以上の方
- ・付加健診：40歳、45歳、50歳、55歳、60歳、65歳、70歳の方
- ・子宮頸がん：20歳～74歳の偶数年齢の女性
- ・マンモグラフィ：40歳～74歳の偶数年齢の女性

※健保補助対象外の方は、当協会定価での実施となります。

【時間帯選択】

確定した時間帯を後日お知らせします

- |   |   |
|---|---|
| A ①8:15～8:30 (胃検査ある方のみ)<br>②8:30～9:00 (胃検査ある方優先)<br>③9:00～9:30<br>④9:30～10:00<br>B ⑤10:00～10:30<br>⑥10:30～11:00<br>⑦11:00～11:30<br>⑧11:30～12:00 | C ⑨13:30～14:00<br>⑩14:00～14:30<br>D ⑪14:30～15:00<br>⑫15:00～15:30(平日のみ)<br>※土曜日の受付は15:00まで |
|---|---|

※食事制限のある検査(胃部・腹部超音波)をお申込みの場合、受付は午前のみです。

日曜、祝日、第2、4土曜日は休館日です。年末年始等は当協会ホームページでご確認ください。

必要事項をご記入の上、最初の受診日より30日前までにご提出ください。

近い日程をご希望の場合、別途ご相談ください。

ご希望日・時間帯が満員の場合はご変更をお願いすることもありますのでご了承ください。

★協会けんぽの補助を利用する方は保険証番号もご記入ください。

A	B	C	D	EFG H J K L M N O P Q R										S	TUV	W	希望日時		確定
				健診コース				オプション									特殊健診		
定期健診(法定)	雇入時健診	特(深夜業務健診等)	協会けんぽ(35歳以上)生活習慣病健診 胃部 ※選択	付加健診	子宮頸がん	マンモグラフィ	腹部超音波	眼底	眼圧	骨密度	PSA	Loxline index	インフルエンザ予防接種	有特機溶剤・溶剤	そ特の特殊の診	追加希望項目	受診日	時間帯	※選択
本人・家族区分	★ 保険証番号	フリガナ 氏名 ※昨年変更がある方は 二重線で訂正	性別	生年月日 (西暦)	入社年月日 (西暦)	〇	〇							1.2	石綿じん肺溶接ヒューム	胸部CT 等	5/1	A B C D	
(例) 本・家	10	イシカワ タロウ 石川 太郎	男	1980年12月31日	2025年4月1日	〇	〇								石綿じん肺溶接ヒューム			A B C D	
本・家						〇	〇								石綿じん肺溶接ヒューム			A B C D	
本・家						〇	〇								石綿じん肺溶接ヒューム			A B C D	
本・家						〇	〇								石綿じん肺溶接ヒューム			A B C D	
本・家						〇	〇								石綿じん肺溶接ヒューム			A B C D	
本・家						〇	〇								石綿じん肺溶接ヒューム			A B C D	
本・家						〇	〇								石綿じん肺溶接ヒューム			A B C D	

【個人情報取り扱いについて】当協会ではISO27001(情報セキュリティマネジメントシステム)認証を取得し、管理体制の強化に取り組んでおります。お預かりする個人情報は健康診断の契約、事前準備、受付、実施、結果作成に利用し、その目的以外で使用されることはありません。

※インフルエンザ予防接種は10/1(※)～12/26(※)の期間で実施予定です。ワクチンがなくなり次第終了いたします。