


**【申込書記入方法】 確認書① 事業所で1枚提出**

協会けんぽ補助を使用する際に  
保険証情報が必要です  
記号と保険者番号は同一事業所であれば  
みなさま同じ番号です

※保険者番号・記号が分からない場合は  
マイナポータルから調べることができます

わたし  
東京都千代田区

## ① 登録状況の確認

公金受取口座と健康保険証の登録  
ます。[よくある質問](#) 

**確認**

1

- ・スマートフォン
- ・マイナンバーカード  
を用意します

2 マイナポータル  
にログインします


3 「健康保険証」を押します

## 證明書

マイナンバー  
カード

健康保険証

⑤ 医療受給者

 マイナンパ総合  
フリーダイヤル **0120-95-0178**

マイナンパー  
**5番を選択のうえ、音声ガイダンスにしたがってお進みください。**

**受付時間（年末年始を除く）** 平日：9時30分～20時00分  
土日祝：9時30分～17時30分

マイナンバーカード  
の保険証利用につい  
てもっと知りたい方  
はこちら




 ひと、くらし、みらいのために  
**厚生労働省**  
 Ministry of Health, Labour and Welfare

〈日赤熊本健康管理センター専用〉

## 2026年度 協会けんぽ・日赤健診 確認書

太枠内は全てご記入お願いいたします

フリガナ 事業所名		ニッセキケンカン <b>(株)日赤健管</b>		受診希望月		希望月があれば☑をつけてください。 *コースやオプションの内容によりご希望に添えない場合も															
住所		〒 861-8528 <b>熊本市東区長嶺南〇丁目△-□</b>		2026年		☑ 4月		☑ 5月		☑ 6月		□ 7月		□ 8月		□ 9月		□ 10月		□	
フリガナ 担当者名		ニッセキ タロウ 日赤 太郎		健康診断を申し込むにあたり、当社において受診者の同意を得たうえで、事前に基本情報(氏名・性別・生年月日等)を注②、検査結果の報告を依頼します。		<div>         希望月がある場合は希望月に✓をつけてください       </div>															
①						事業所用結果 労働安全衛生法に基づく結果のみ		申込人数		5		名									
保険者番号		0 1 4 3 0 0 1 6		保険証記号		9 9 9 9 9 9 9 9								不事の場合のみ下記に○をつけてください *個人結果票は別途お送りいたします。		( ) 不要					
電話番号		096-123-xxxx		FAX番号		096-123-xxxx															
支払い方法		事業所毎の支払い方法を設定いたします。(みなさま同じ支払方法になります) ※初回申込み後や追加申込み時の変更、個人毎の支払い設定や領収書の切り分けは																			
1. 全て当日窓口払い																					
2. 全て事業所請求																					
③ 上記に当てはまらない場合 事業所請求とする項目〔 〕に○をつけてください																					
〔 ○ 〕 一般健診 5,500円 / 一般健診(若年) 2,500円 / 日赤生活習慣病予防健診 8,921円																					
〔 〕																					
〔 〕 例:一般健診5,282円、一般健診(若年)2,500円、日赤生活習慣病予防健診8,921円を 事業所請求、オプション料金は受診者本人が当日窓口で支払う場合																					
〔 〕 協会けんぽ婦人科検診(乳がん検診・子宮頸がん検診・骨粗鬆症検診)																					
〔 〕 その他 事業所に請求する項目 (例:胃カメラ、協会けんぽ詳細健診等)																					
〔 〕																					

よくあるご質問

Q

### 一般健診と節目健診の胃バリウム検査を胃カメラへ変更できますか

A

できかねます  
一般健診と節目健診の胃の検査はバリウム検査のみです  
胃カメラをご希望の場合は人間ドックコースへ変更していただく必要がございます

Q

協会けんぽ補助対象外の従業員はどの検査を受診したらいいですか

A

「日赤生活習慣病予防健診」をご受診ください(『協会けんぽ健康診断のご案内』参照)  
健診コースに胃と便の検査は含まれておりませんが、オプション(別途料金)で  
胃バリウムと検便の検査を追加できます

# 【申込書記入方法】 予約書② 協会けんぽ本人用申込書

資格情報 令和7年3月3日時点

資格情報をPDFで保存

一般

記号 0000

番号 0000

種別 00

協会けんぽ**家族**の方、協会けんぽ以外の方は予約書③に記入をお願いします  
※協会けんぽ補助対象外

協会けんぽ補助  
一般健診申込

保険証番号 フリガナ ニッセキ タカシ 氏名 <b>日赤 敬</b>		性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男性	健康診断コース 40~70歳の5歳刻み <input type="checkbox"/> 節目健診 35歳以上 <input checked="" type="checkbox"/> 一般健診(胃バリウム) 20~30歳 <input type="checkbox"/> 一般健診(若年) 35歳未満(20~25・30歳刻み) <input type="checkbox"/> 日赤生活習慣病予防健診		検便希望 <input type="checkbox"/> (別途料金有)
受診者番号: [ ]		人間ドックコース <input type="checkbox"/> 標準(胃バリウム) <input type="checkbox"/> 標準(胃バリウム*別途料金有) <input type="checkbox"/> 消化器 <input type="checkbox"/> レディース <input type="checkbox"/> 総合 <input type="checkbox"/> 全大腸内視鏡+胸部CT <input type="checkbox"/> 全大腸CT+胸部CT		オプション検査 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ 肝炎ウイルス検査 ◆35歳以上 (ひとり1回のみ受診可能です 以前受診された方はご選択できません) <input type="checkbox"/> ヘリコバクター・ピロリ + ペプシノゲン <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 腹部超音波 <input type="checkbox"/> 体組成測定 <input type="checkbox"/> sd-LDLコレステロール <input type="checkbox"/> 人間ドック限定 <input type="checkbox"/> 頭部MRI+MRA <input type="checkbox"/> 脳の状態 <input type="checkbox"/> 頭部MRI <input type="checkbox"/> 脳の健康度評価セット+脳健康度AI解析	
生年月日 西暦 1 9 6 6 年 7 月 2 日 6 0 歳		1 日		この中から一つ選び □に✓を入れてください	
電話番号		2 日		健康診断または人間ドックコースに追加オプションがある場合 □に✓を入れてください	
自宅 個人携帯		希望月 ※前回受診日 年 月 日		オプション検査 <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> PSA(男性) <input type="checkbox"/> CEA <input type="checkbox"/> AFP <input type="checkbox"/> CA19-9 <input type="checkbox"/> CA125(女性) <input type="checkbox"/> CA19-9+APOA2 <input type="checkbox"/> 心臓・血管セット <input type="checkbox"/> 甲状腺超音波+血液(甲) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診+HPV <input type="checkbox"/> 経腔超音波 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ ※乳がん <input type="checkbox"/> 乳房超音波 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ+乳房	
受診履歴の確認及び日程再通知のショートメール送信の際に必要となるためご記入ください		希望月 ※前回受診日 年 月 日		人間ドック その他	
2026 4 5 6 7 8 9 10 11 12 2027 1 2 3		2026 4 5 6 7 8 9 10 11 12 2027 1 2 3			

協会けんぽ補助  
子宮頸がん検診(単独)申込

保険証番号 フリガナ ニッセキ ハナコ 氏名 <b>日赤 花子</b>		性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性	健康診断コース 40~70歳の5歳刻み <input type="checkbox"/> 節目健診 35歳以上 <input type="checkbox"/> 一般健診(胃バリウム) 20~25・30歳 <input type="checkbox"/> 一般健診(若年) 35歳未満(20~25・30歳刻み) <input type="checkbox"/> 日赤生活習慣病予防健診		検便希望 <input type="checkbox"/> (別途料金有)
受診者番号: [ ]		人間ドックコース <input type="checkbox"/> 標準(胃バリウム) <input type="checkbox"/> 標準(胃バリウム*別途料金有) <input type="checkbox"/> 消化器 <input type="checkbox"/> レディース <input type="checkbox"/> 総合 <input type="checkbox"/> 全大腸内視鏡+胸部CT <input type="checkbox"/> 全大腸CT+胸部CT		オプション検査 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ 肝炎ウイルス検査 ◆35歳以上 (ひとり1回のみ受診可能です 以前受診された方はご選択できません) <input type="checkbox"/> ヘリコバクター・ピロリ + ペプシノゲン <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 腹部超音波 <input type="checkbox"/> 体組成測定 <input type="checkbox"/> 内臓脂肪CT <input type="checkbox"/> 胃腸X線(胃バリウム) <input type="checkbox"/> sd-LDLコレステロール <input type="checkbox"/> 人間ドック限定 <input type="checkbox"/> 頭部MRI+MRA <input type="checkbox"/> 脳の状態 <input type="checkbox"/> 頭部MRI <input type="checkbox"/> 脳の健康度評価セット+脳健康度AI解析	
生年月日 西暦 1 9 9 2 年 1 0 月 1 0 日 3 4 歳		1 日		この中から一つ選び □に✓を入れてください	
電話番号		2 日		健康診断または人間ドックコースに追加オプションがある場合 □に✓を入れてください	
自宅 個人携帯		希望月 ※前回受診日 年 月 日		オプション検査 <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> PSA(男性) <input type="checkbox"/> CEA <input type="checkbox"/> AFP <input type="checkbox"/> CA19-9 <input type="checkbox"/> CA125(女性) <input type="checkbox"/> CA19-9+APOA2 <input type="checkbox"/> 心臓・血管セット <input type="checkbox"/> 甲状腺超音波+血液(甲) <input checked="" type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診+HPV <input type="checkbox"/> 経腔超音波 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ ※乳がん <input type="checkbox"/> 乳房超音波 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ+乳房	
受診履歴の確認及び日程再通知のショートメール送信の際に必要となるためご記入ください		希望月 ※前回受診日 年 月 日		人間ドック その他	
2026 4 5 6 7 8 9 10 11 12 2027 1 2 3		2026 4 5 6 7 8 9 10 11 12 2027 1 2 3			