

所属]ト[
事業所名:

チェック方法

協会けんぽ《本人》の保険証をお持ちの方

2026年度 協会けんぽ健診予約書

2

保険証番号	フリガナ 氏名	性別	健康診断コース										
受診者番号: [REDACTED]		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 40~70歳の5歳刻み <input type="checkbox"/> 35歳以上 <input type="checkbox"/> 20~25~30歳 <input type="checkbox"/> 35歳未満(20~25~30歳未満)		<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"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> 腹部超音波 <input type="checkbox"/> PSA(男性) <input type="checkbox"/> 体組成測定 <input type="checkbox"/> CEA <input type="checkbox"/> 内臓脂肪CT <input type="checkbox"/> AFP <input type="checkbox"/> 日赤生活習慣病予防健診 <input type="checkbox"/> CA19-9 <input type="checkbox"/> CA125(女性) <input type="checkbox"/> 標準(胃バリウム) <input type="checkbox"/> 標準(胃がん別途料金有) <input type="checkbox"/> 消化器 <input type="checkbox"/> レディース <input type="checkbox"/> 頭部MRI+MRA <input type="checkbox"/> CA19-9+APOA2 <input type="checkbox"/> 脳の健康度評価セット <input type="checkbox"/> 血圧脈波 <input type="checkbox"/> 全大腸内視鏡+胸部CT <input type="checkbox"/> 頭部MRI+MRA+脳健康度AI解析 <input type="checkbox"/> 全大腸CT+胸部CT <input type="checkbox"/> 脳の健康度評価セット+脳健康度AI解析								
			<input type="checkbox"/> 一般健診(胃バリウム) <input type="checkbox"/> 一般健診(若年)		<input type="checkbox"/> 検便希望 <small>(別途料金有)</small>								
生年月日		※2027年4月1日時点の年齢											
西暦	年	月	日	歳									
電話番号													
自宅					- - - -								
個人携帯					- - - -								
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								
2026	4	5	6	7	8	9	10	11	12	2027	1	2	3

保険証番号	フリガナ 氏名	性別	健康診断コース										
受診者番号: [REDACTED]		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	40~70歳の 5歳刻み 35歳以上 20~25・30歳 35歳未満 (20~25~30歳除く)			<input type="checkbox"/> 節目健診 <input type="checkbox"/> 一般健診(胃バリウム) <input type="checkbox"/> 一般健診(若年) <input type="checkbox"/> 日赤生活習慣病予防健診			<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"/> 胃部X線(胃バリウム) <input type="checkbox"/> sd-LDLコレステロール				
			検便希望			<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"/> 甲状腺超音波+血液(甲状腺機能) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診+HPV検査 <input type="checkbox"/> 経腔超音波 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ ※乳がん検診 <input type="checkbox"/> 乳房超音波 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ+乳房超音波				
生年月日		※2027年4月1日時点の年齢											
西暦	年	月	日	歳									
電話番号													
自宅		-		-									
個人携帯		-		-									
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									
2026	4	5	6	7	8	9	10	11	12	2027	1	2	3

保険証番号 フリガナ 氏名	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	健康診断コース 40~70歳の5歳刻み 35歳以上 20~25~30歳 35歳未満(20~25~30歳除く)	検便希望 <input type="checkbox"/> (別途料金有)	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) ヘリコバクター・ピロリ + ペプシノゲン 胸部CT 腹部超音波 体組成測定 内臓脂肪CT 胃部X線(胃バリウム) sd-LDLコレステロール 消化器 レディース 総合 全大腸内視鏡+胸部CT 全大腸CT+胸部CT	甲状腺超音波+血液(甲状腺機能) 子宮頸がん検診 子宮頸がん検診+HPV検査 経腔超音波 マンモグラフィ ※乳がん検診 乳房超音波 マンモグラフィ+乳房超音波 心臓・血管セット 頸動脈超音波 人間ドック その他オプション
受診者番号: []	生年月日 ※2027年4月1日時点の年齢	西暦 年 月 日 歳	電話番号	オプション検査 1 日 1 日 -----人間ドック限定----- 2 日 2 日 HP	骨密度 PSA(男性) CEA AFP CA19-9 CA125(女性) CA19-9+APOA2 アイソフォーム 血圧脈波 頭部MRI+MRA+脳健康度AI解析 脳の健康度評価セット 頭部MRI+MRA+脳健康度AI解析 脳の健康度評価セット+脳健康度AI解析
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	宿泊 通所			
2026 4 5 6 7 8 9 10 11 12 2027 1 2 3					