

所属コード []
事業所名:



チェック方法
 他の□に✓が重ならないよう
 ご記入ください ※黒色以外も可

協会けんぽ《本人》の保険証をお持ちの方

| 保険証番号 | フリガナ氏名 | 性別 | 生年月日 | ※2025年4月1日時点の年齢 | 電話番号 | | |
|-------|------------------|---|---|---|---|-------|-----------------------------------|
| () | 旧姓 [] 受診者番号: | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 | 年 月 日 [] 歳 | 自宅 - - 個人携帯 - - 日程再通知のショートメールを送信いたしますのでご記入ください | | |
| 健康診断 | 35歳以上 | <input type="checkbox"/> 一般健診(胃バリウム) ※午前実施 | <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"/> 甲状腺超音波+血液(甲状腺機能) <input type="checkbox"/> 骨密度 | 受診希望月 | |
| | 35歳未満 | <input type="checkbox"/> 日赤生活習慣病健診 ※午後実施 (オプション検査により午前実施の場合があります) | <input type="checkbox"/> ヘリコバクター・ピロリ + パプシノゲン | | <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 | | 4 10 |
| | 40~70歳の5歳刻み限定 | <input type="checkbox"/> 付加健診(胃バリウム) ※午前実施 《一般健診+付加健診》 | <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"/> 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"/> 子宮頸がん検診+HPV検査 <input type="checkbox"/> 経膈超音波 <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 | | 5 11 6 12 7 1 8 2 9 3 |
| 人間ドック | 1日ドック | <input type="checkbox"/> 標準コース(胃バリウム) <input type="checkbox"/> 標準コース(胃カメラ*別途料金有) <input type="checkbox"/> 消化器コース*胃がら <input type="checkbox"/> レディースコース*胃がら | 腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 内臓脂肪CT <input type="checkbox"/> 胃部X線(胃バリウム) | | 人間ドック その他オプション | | |
| | 2日ドック | <input type="checkbox"/> 総合コース(口宿泊・口通所) <input type="checkbox"/> 全大腸+胸部CTコース(口宿泊・口通所) | 人間ドック限定 <input type="checkbox"/> 頚動脈超音波 <input type="checkbox"/> 頭部MRI+MRA <input type="checkbox"/> あたまの健康(認知機能)チェック <input type="checkbox"/> 脳の健康度評価セット(頭部MRI+MRA、頚動脈超音波、あたまの健康(認知機能)チェック) | | <input type="checkbox"/> 血圧脈波 <input type="checkbox"/> 視野検査 <input type="checkbox"/> 膀胱超音波(消化器コース以外) | | |

| 保険証番号 | フリガナ氏名 | 性別 | 生年月日 | ※2025年4月1日時点の年齢 | 電話番号 | | |
|-------|------------------|---|---|---|---|-------|-----------------------------------|
| () | 旧姓 [] 受診者番号: | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 | 年 月 日 [] 歳 | 自宅 - - 個人携帯 - - 日程再通知のショートメールを送信いたしますのでご記入ください | | |
| 健康診断 | 35歳以上 | <input type="checkbox"/> 一般健診(胃バリウム) ※午前実施 | <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"/> 甲状腺超音波+血液(甲状腺機能) <input type="checkbox"/> 骨密度 | 受診希望月 | |
| | 35歳未満 | <input type="checkbox"/> 日赤生活習慣病健診 ※午後実施 (オプション検査により午前実施の場合があります) | <input type="checkbox"/> ヘリコバクター・ピロリ + パプシノゲン | | <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 | | 4 10 |
| | 40~70歳の5歳刻み限定 | <input type="checkbox"/> 付加健診(胃バリウム) ※午前実施 《一般健診+付加健診》 | <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"/> 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"/> 子宮頸がん検診+HPV検査 <input type="checkbox"/> 経膈超音波 <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 | | 5 11 6 12 7 1 8 2 9 3 |
| 人間ドック | 1日ドック | <input type="checkbox"/> 標準コース(胃バリウム) <input type="checkbox"/> 標準コース(胃カメラ*別途料金有) <input type="checkbox"/> 消化器コース*胃がら <input type="checkbox"/> レディースコース*胃がら | 腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 内臓脂肪CT <input type="checkbox"/> 胃部X線(胃バリウム) | | 人間ドック その他オプション | | |
| | 2日ドック | <input type="checkbox"/> 総合コース(口宿泊・口通所) <input type="checkbox"/> 全大腸+胸部CTコース(口宿泊・口通所) | 人間ドック限定 <input type="checkbox"/> 頚動脈超音波 <input type="checkbox"/> 頭部MRI+MRA <input type="checkbox"/> あたまの健康(認知機能)チェック <input type="checkbox"/> 脳の健康度評価セット(頭部MRI+MRA、頚動脈超音波、あたまの健康(認知機能)チェック) | | <input type="checkbox"/> 血圧脈波 <input type="checkbox"/> 視野検査 <input type="checkbox"/> 膀胱超音波(消化器コース以外) | | |

| 保険証番号 | フリガナ氏名 | 性別 | 生年月日 | ※2025年4月1日時点の年齢 | 電話番号 | | |
|-------|------------------|---|---|---|---|-------|-----------------------------------|
| () | 旧姓 [] 受診者番号: | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 | 年 月 日 [] 歳 | 自宅 - - 個人携帯 - - 日程再通知のショートメールを送信いたしますのでご記入ください | | |
| 健康診断 | 35歳以上 | <input type="checkbox"/> 一般健診(胃バリウム) ※午前実施 | <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"/> 甲状腺超音波+血液(甲状腺機能) <input type="checkbox"/> 骨密度 | 受診希望月 | |
| | 35歳未満 | <input type="checkbox"/> 日赤生活習慣病健診 ※午後実施 (オプション検査により午前実施の場合があります) | <input type="checkbox"/> ヘリコバクター・ピロリ + パプシノゲン | | <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 | | 4 10 |
| | 40~70歳の5歳刻み限定 | <input type="checkbox"/> 付加健診(胃バリウム) ※午前実施 《一般健診+付加健診》 | <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"/> 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"/> 子宮頸がん検診+HPV検査 <input type="checkbox"/> 経膈超音波 <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 | | 5 11 6 12 7 1 8 2 9 3 |
| 人間ドック | 1日ドック | <input type="checkbox"/> 標準コース(胃バリウム) <input type="checkbox"/> 標準コース(胃カメラ*別途料金有) <input type="checkbox"/> 消化器コース*胃がら <input type="checkbox"/> レディースコース*胃がら | 腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 内臓脂肪CT <input type="checkbox"/> 胃部X線(胃バリウム) | | 人間ドック その他オプション | | |
| | 2日ドック | <input type="checkbox"/> 総合コース(口宿泊・口通所) <input type="checkbox"/> 全大腸+胸部CTコース(口宿泊・口通所) | 人間ドック限定 <input type="checkbox"/> 頚動脈超音波 <input type="checkbox"/> 頭部MRI+MRA <input type="checkbox"/> あたまの健康(認知機能)チェック <input type="checkbox"/> 脳の健康度評価セット(頭部MRI+MRA、頚動脈超音波、あたまの健康(認知機能)チェック) | | <input type="checkbox"/> 血圧脈波 <input type="checkbox"/> 視野検査 <input type="checkbox"/> 膀胱超音波(消化器コース以外) | | |