

2024年度 全国健康保険協会生活習慣病予防健診(協会けんぽ)予約書



事業推進課 電話:(096)387-6683  
FAX:(096)387-6654

お問合せ受付時間 9:00~16:00  
\*土日・祝日・年末年始を除く

〒861-8528 熊本市東区長嶺南2丁目1番1号

任意継続

- 【お申込み方法】 1. 健康保険証のコピーを貼ってください  
2. ①受診コース、②オプション検査、③受診希望月をご記入ください  
3. 記入されましたら郵便にて返送をお願いいたします

【送付物】 受診日が決まりましたら、ご自宅に日程通知をお送りします  
問診票・検査結果票等もすべてご自宅にお送りします

【支払方法】 当日個人支払い(領収書名は「事業所名+個人名」となります)

◆以下太枠内の記入をお願いいたします

フリガナ		男・女
受診者名		
生年月日	昭和 平成 年 月 日	
今年度の年齢		歳
自宅住所	〒 -	
自宅電話番号		
個人携帯番号		

**※こちらに保険証のコピーを貼ってください!**

健康保険 本人(被保険者) 00939  
被保険者証 令和 2年 4月 10日 交付  
記号 50000013 番号 1000001 (枝番) 00

ニカイ クロウ  
氏名 任継 太郎  
生年月日 平成 元年 5月 10日  
性別 男  
資格取得年月日 令和 2年 月 日

のり

任意継続被保険者  
資格喪失予定年月日 令和 4年 4月 1日

保険者番号 999999999  
保険者名称 全国健康保険協会 ○○支部  
保険者所在地 ○○市○○町9-99-99

	①受診コース □に✓を1つだけ入れてください	②オプション検査 □に✓を入れてください		
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 <small>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</small> <input type="checkbox"/> ヘルピクター・ピロリ + パプシノゲン <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"/> 甲状腺超音波+血液(甲状腺機能) <input type="checkbox"/> 骨密度 <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	受診希望月
	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 <small>(一般健診+付加健診)</small>	オプション検査 <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)	女性	
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"/> 頸動脈超音波 <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"/> 脳の詳細度評価セット(頭部MRI+MRA、頸動脈超音波、あたまの健康(認知機能)チェック)	人間ドック その他オプション <input type="checkbox"/> 血圧脈波 <input type="checkbox"/> 視野検査 <input type="checkbox"/> 膀胱超音波(消化器ドック以外)	4 10 5 11 6 12 7 1 8 2 9 3
	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)			
③受診希望月 ○を付けてください	4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 1月 2月 3月 いつでも可 (その他) ※ご希望に添えない場合もございます			

【センター使用欄】 ★以下は記入されないようお願いいたします★ HP

契約団体	所属団体	確認者
49999	26807	

	ドック	健診
登録者		
日程通知		