

(TEL)

事業所名 \_\_\_\_\_

(FAX)

※TEL/FAX番号はお間違えないようお願いします

事業所住所 \_\_\_\_\_

担当者 \_\_\_\_\_

保険者番号【 \_\_\_\_\_ 】 健康保険証の記号【 \_\_\_\_\_ 】 ※保険者番号・記号は協会けんぽの生活習慣病予防健診対象者一覧をご確認ください  
(事業所)

※健診コース欄に希望コースの番号をご記入ください。健診コース番号、各コースの検査内容(検査項目)については

『生活習慣病予防健診・人間ドック健診(用紙A)』・『35歳未満・協会けんぽ未加入者健康診断(用紙B)』をご確認ください

※若年健診・定期健康診断は胃検査の追加は出来ません。若年健診と単独子宮がん検診はシステム上同月受診が出来ません

※生活習慣病予防健診・人間ドック健診の方は胃検査が必須となります。右記理由に該当し胃検査を希望されない場合は、

胃検査欄の理由に○をお願いします。ご記入がない場合はバリウムにて予約致しますのでご了承ください。

胃検査キャンセル理由	
ア. 治療中(主治医の指示)	イ. 健診受診前に検査済み
ウ. アレルギー等身体的理由	エ. 妊娠中

第1希望	第2希望	第3希望	ふりがな	性別	生年月日	健診コース (①~⑦)	胃検査	婦人科検診	加入されている 保険	備考
			お名前							
/	/	/		男・女	S・H 年 月 日		<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> なし 理由 アイウエ	乳がん検診 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> エコー 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ(被扶養者) <input type="checkbox"/> 協会けんぽ(被保険者) <input type="checkbox"/> その他組合	
保険証番号:			住所:							
/	/	/		男・女	S・H 年 月 日		<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> なし 理由 アイウエ	乳がん検診 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> エコー 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ(被扶養者) <input type="checkbox"/> 協会けんぽ(被保険者) <input type="checkbox"/> その他組合	
保険証番号:			住所:							
/	/	/		男・女	S・H 年 月 日		<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> なし 理由 アイウエ	乳がん検診 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> エコー 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ(被扶養者) <input type="checkbox"/> 協会けんぽ(被保険者) <input type="checkbox"/> その他組合	
保険証番号:			住所:							

中頭総合ちばなクリニック 健康管理センター FAX: 098-934-5159

第1希望	第2希望	第3希望	ふりがな		性別	生年月日	健診コース (①~⑦)	胃検査	婦人科検診	加入されている 保険	備考
			お名前								
/	/	/			男・女	S・H 年 月 日		<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ	乳がん検診 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> エコー  <input type="checkbox"/> 子宮がん検診	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ(被扶養者) <input type="checkbox"/> 協会けんぽ(被保険者) <input type="checkbox"/> その他組合	
保険証番号:			住所:								
/	/	/			男・女	S・H 年 月 日		<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ	乳がん検診 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> エコー  <input type="checkbox"/> 子宮がん検診	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ(被扶養者) <input type="checkbox"/> 協会けんぽ(被保険者)	
保険証番号:			住所:								
/	/	/			男・女	S・H 年 月 日		<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ	乳がん検診 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> エコー  <input type="checkbox"/> 子宮がん検診	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ(被扶養者) <input type="checkbox"/> 協会けんぽ(被保険者) <input type="checkbox"/> その他組合	
保険証番号:			住所:								
/	/	/			男・女	S・H 年 月 日		<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ	乳がん検診 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> エコー  <input type="checkbox"/> 子宮がん検診	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ(被扶養者) <input type="checkbox"/> 協会けんぽ(被保険者) <input type="checkbox"/> その他組合	
保険証番号:			住所:								
/	/	/			男・女	S・H 年 月 日		<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ	乳がん検診 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> エコー  <input type="checkbox"/> 子宮がん検診	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ(被扶養者) <input type="checkbox"/> 協会けんぽ(被保険者) <input type="checkbox"/> その他組合	
保険証番号:			住所:								
/	/	/			男・女	S・H 年 月 日		<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ	乳がん検診 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> エコー  <input type="checkbox"/> 子宮がん検診	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ(被扶養者) <input type="checkbox"/> 協会けんぽ(被保険者) <input type="checkbox"/> その他組合	
保険証番号:			住所:								

生活習慣病予防健診・人間ドック健診コース一覧

【生活習慣病予防健診】 ※胃カメラ切替えの場合6,600円加算、鎮静剤使用時、別途1,100円加算

- ① 一般健診 ……5,500円  
※胃カメラ選択不可・食事提供なし
- ② 節目健診 ……8,280円  
※40・45・50・55・60・65・70歳の方選択可
- ③ 一般+付加 ……15,411円  
※40・45・50・55・60・65・70歳以外の方選択可

【④ 人間ドック健診】 ……13,500円 ※胃カメラ切替えの場合6,600円加算、鎮静剤使用時、別途1,100円加算  
※35歳以上選択可。ただし自己都合での一部検査キャンセル(尿検査、便潜血を含む)は補助がおりず38,500円となりますのでご注意ください。

※全国健康保険協会の胃検査は必須項目であり自己都合による胃検査キャンセルは全国健康保険協会の補助対象外となります。

※乳がん・子宮がん検診については「令和8年度 健診・人間ドック 支払方法」(別紙C)の健診コース・料金 部分をご確認ください

■検査項目

※対象については年齢別コース確認表を併せてご確認ください

区分	検査項目	生活習慣病予防健診		④人間ドック健診
		①一般	②節目健診 ③一般+付加	
身体計測	身長・体重・標準体重・肥満度・BMI・腹囲測定・体脂肪率	●	●	●
眼科検査	裸眼視力又は矯正視力	●	●	●
	眼底検査		●	●
	眼圧検査			●
聴力検査	1000Hz・4000Hz	●	●	●
呼吸器系	胸部レントゲン(正面)	●	●	●(+側面)
	呼吸機能検査		●	●
循環器系	血圧測定・心電図・心拍数	●	●	●
腎臓系	尿検査(蛋白・潜血)	●	●	●
	尿検査(PH・比重)			●
	尿沈渣		●	●
	クレアチニン・eGFR	●	●	●
肝臓系	GOT・GPT・γ-GTP	●	●	●
	総蛋白・アルブミン・総ビリルビン・LDH		●	●LDHなし
	ALP	●	●	●
	HBs抗原・HCV抗体			●
消化器系	胃バリウム検査または胃カメラ	胃カメラ不可	●	●
	便潜血(2日法)	●	●	●
膵臓系	血清アミラーゼ		●	
代謝系	尿酸	●	●	●
	空腹時血糖・空腹時尿糖	●	●	●
	ヘモグロビンA1c			●
脂質検査	中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール	●	●	●
	総コレステロール・Non-HDLコレステロール	●	●	●
血液一般検査	白血球数・赤血球数・ヘモグロビン・ヘマトクリット値	●	●	●
	血小板数・MCV・MCH・MCHC・白血球分画(血液像)		●	●
血清検査	高感度CRP・血液型(AOB・Rh)			●
エコー検査	胆のう・肝臓・膵臓・腎臓・脾臓・腹部大動脈		●	●
貧血検査	血清鉄			●
診察	視触診	●	●	●

# 令和8年度 35歳未満・協会けんぽ未加入者 健康診断コース一覧

## B

- ⑤ 一般健診(若年健診)・・・2,500円 ※20・30歳の乳がん・子宮がん検診はシステム上 同月受診不可  
※協会けんぽ被保険者 20・25・30歳の方選択可
- ⑥ 定期健康診断(当センターの健康診断)・・・12,700円 ※20～38歳 協会けんぽ被保険者(偶数年齢)のみ子宮がん検診追加可
- ⑦ 標準ドック(当センターの人間ドック)・・・38,500円 ※胃カメラ切替の場合6,600円加算、鎮静剤使用時 別途1,100円加算

### ■ 検査項目

※対象については年齢別コース確認表を併せてご確認ください

区分	検査項目	⑤一般(若年)	⑥定期健診	⑦標準ドック
身体計測	身長・体重・標準体重・肥満度・BMI・腹囲測定・体脂肪率	●	●	●
眼科検査	裸眼視力又は矯正視力	●	●	●
	眼底検査			●
	眼圧検査			●
聴力検査	1000Hz・4000Hz	●	●	●
呼吸器系	胸部レントゲン(正面)	●	●	●(+側面)
	呼吸機能検査			●
循環器系	血圧測定・心電図・心拍数	●	●	●
腎臓系	尿検査(蛋白・潜血)	●	●	●
	尿検査(PH・比重)・尿沈渣			●
	クレアチニン・eGFR	●	●	●
肝臓系	GOT・GPT・γ-GTP	●	●	●
	総蛋白・アルブミン・総ビリルビン・ALP	●		●
	HBs抗原・HCV抗体			●
				●
消化器系	胃バリウム検査または胃カメラ			●
	便潜血(2日法)			●
代謝系	尿酸	●		●
	空腹時血糖・空腹時尿糖	●	●	●
	ヘモグロビンA1c		●	●
脂質検査	中性脂肪・HDLコレステロール・LDLコレステロール	●	●	●
	総コレステロール・Non-HDLコレステロール	●		●
血液一般検査	白血球数・赤血球数・ヘモグロビン・ヘマトクリット値	●	●	●
	血小板数・MCV・MCH・MCHC・白血球分画(血液像)			●
貧血検査	血清鉄			●
血清検査	高感度CRP・血液型(AOB・Rh)			●
エコー検査	胆のう・肝臓・膵臓・腎臓・脾臓・腹部大動脈			●
診察	視触診	●	●	●

※⑤一般健診(若年健診)と単独子宮がん検診は同月受診不可。予約希望の場合は別々でお申し込み下さい

乳がん検診 ※事前オプション	検査内容		料金
	マンモグラフィ	エコー	
39歳以下		●	4,400円
40歳以上	●(1方向)	●	9,350円

子宮がん検診 ※事前オプション	検査内容	料金
20～38歳 協会けんぽ本人 (偶数年齢)	細胞診のみ	990円
	経膈エコー	4,400円
協会けんぽ 補助無しの方	細胞診+経膈エコー セット	8,250円

※令和9年4月1日時点の年齢です

