

事業所名		
保険者番号		
健康保険証の記号		
事業所ご住所	(〒)	
TEL/FAX	TEL FAX	ご担当者：

※全国健康保険協会（協会けんぽ）の胃検査は必須項目となっておりますので受診いただきますようお願い申し上げます。
自己都合によるキャンセル（身体的理由など以外）は健診の補助対象外となります。
下記キャンセル理由に該当する場合は補助対象となりますので、胃検査欄の理由番号に○をお願いします。
※コース内容・金額については『令和8年度全国健康保険協会 生活習慣病予防健診のご案内』をご確認ください。
※申し込み多数の為に希望月に添えない場合がございます事予めご了承ください。

お名前	フリガナ	性別	男 ・ 女
		生年月日	西暦 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日
ご住所	〒	電話番号	ご自宅 () 携帯電話 ()
ご希望月	第一希望：	第二希望：	保険証番号
健診コース	胃検査	けんぽ補助対象オプション（年齢条件有）	
☐ 若年層健診	☐ 胃透視	☐ 乳がん検診（視触診無し）	
☐ 一般健診	☐ 胃カメラ（別途料金追加）	※40歳以上偶数年齢	
☐ 節目健診	☐ 希望無し	☐ 子宮がん検診（細胞診のみ）	
☐ 子宮がん単独検診	（理由に○をお願いします）	※36歳以上偶数年齢	
20歳～38歳の偶数年齢	① ② ③	☐ 骨塩定量検査（40歳以上偶数年齢）	
【胃検査未実施理由】①治療中（医師の指示） ②健診受診前に検査済 ③アレルギー等身体的理由			

【その他オプション検査（料金は税込）】ご希望の項目に✓をつけてください

・前立腺癌検診・AFP・CA19-9・CEA・Ca125・Ca15-3 ￥2,750（1項目）/1項目追加毎+￥1,200 ※ご希望の腫瘍マーカー検査を○で囲ってください。			
☐ 乳がん検診	￥6,160	☐ 腹部CT検査（節目健診以外の方）	￥15,400
☐ 子宮頸がん検診（エコー付）	￥6,050	☐ 腹部エコー検査（節目健診以外の方）	￥4,840
☐ HPV検査（子宮頸がん検診追加項目）	￥5,300	☐ 経腔エコー（補助対象者・単独検診の方のみ）	￥4,840
☐ 子宮体がん検診（70歳以下）	￥7,920	☐ 内臓脂肪CT検査	￥2,820
☐ 胃カメラ	￥5,500	☐ 肺がん検診	￥15,400
☐ 上・下肢血圧脈波検査	￥1,100	☐ 骨塩定量検査	￥3,550
☐ 頸動脈エコー	￥4,950	☐ MAST48mix（アレルギー検査）	￥14,500
☐ 睡眠時無呼吸検査	￥8,300	☐ ビロリ菌検査	￥1,100
☐ 精密睡眠測定検査（2日間）	￥15,000	☐ ABC検査（未除菌の方のみ）	￥2,500
☐ 精密睡眠測定検査（5日間）	￥23,000	☐ 甲状腺血液検査（FT3・FT4・TSH）	￥5,100
☐ 健診結果予測シミュレーション	￥1,000	☐ NT-proBNP	￥3,000

※後日、担当スタッフからご連絡いたします。ご希望に添えない場合は日程調整させていただきます。
※ 7日以内に返事がない場合お手数ですがご連絡ください。

【医療機関使用欄】	予約対応者	健診実施日	／	
	ID	予約登録	／	キット送付