

2025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  
受付票等資料一式・検査結果票等も全てご自宅にお送りします

【支払方法】 当日個人支払い

◆以下太枠内の記入をお願いいたします

フリガナ	男・女	こちらに受診される代表の方の「健康保険証」「資格確認書」「資格情報のお知らせ」いずれかのコピーを貼ってください 
受診者名		
生年月日	西暦 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		

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		受診希望月	
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"/> 甲状腺超音波+血液(甲状腺機能)		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 <small>(一般健診+付加健診)</small>	<input type="checkbox"/> ヘルコバクター・ピロリ + パプシノゲン	<input type="checkbox"/> 骨密度		5 11
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*胃がかり <input type="checkbox"/> レディースコース*胃がかり	<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) -----人間ドック限定-----	<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)		6 12
	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)	<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"/> 脳の健康度評価セット(頭部MRI+MRA、頸動脈超音波、あたまの健康(認知機能)チェック)	<input type="checkbox"/> 女性 <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"/> 経陰超音波 <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	7 1	
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		8 2	
		腫瘍マーカー 人間ドック その他オプション [ ]		9 3	

【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		