

中村病院

[FAX番号]
0778-22-6220

全国健康保険協会(協会けんぽ)
令和8年度 生活習慣病予防健診申込書

健診内容をご確認の上、お申し込みください

事業所名		・TEL ・FAX	TEL: FAX:
所在地	①〒	②〒 送付物が①住所と違う場合ご記入ください	
会計方法	・当日窓口支払い ・後日会社請求 ←※どちらかに○を		ご担当者様
保険情報	保険者番号:	健康保険 記号:	

【一般健診、節目健診、若年健診、子宮頸がん単独健診】

今年度より「がん検診受診券」の併用はいたしません。

健康保険 番号	フリガナ		性別	生年月日	【 健診コース 】				[一般健診] [節目健診] の方 胃部検査の希望 ○をしてください			<女性> 併せて希望する場合は○で囲んでください ※乳・骨 ⇒40歳以上 ※子宮 ⇒36歳以上(月・金)	△その他	希望日	
	氏名				希望する健診種類を○で囲んでください										
			男・女	昭・平	・一般健診 ・若年健診	節目健診	子宮頸がん 単独検診 *20歳~38歳	胃カメラ 経口・経鼻	透視	しない	乳がん検診 (併用) *偶数年齢	子宮頸がん検診 (併用) *偶数年齢	骨密度検査 (併用) *偶数年齢		①
				年 月 日											②
			男・女	昭・平	・一般健診 ・若年健診	節目健診	子宮頸がん 単独検診 *20歳~38歳	胃カメラ 経口・経鼻	透視	しない	乳がん検診 (併用) *偶数年齢	子宮頸がん検診 (併用) *偶数年齢	骨密度検査 (併用) *偶数年齢		①
				年 月 日											②
			男・女	昭・平	・一般健診 ・若年健診	節目健診	子宮頸がん 単独検診 *20歳~38歳	胃カメラ 経口・経鼻	透視	しない	乳がん検診 (併用) *偶数年齢	子宮頸がん検診 (併用) *偶数年齢	骨密度検査 (併用) *偶数年齢		①
				年 月 日											②
			男・女	昭・平	・一般健診 ・若年健診	節目健診	子宮頸がん 単独検診 *20歳~38歳	胃カメラ 経口・経鼻	透視	しない	乳がん検診 (併用) *偶数年齢	子宮頸がん検診 (併用) *偶数年齢	骨密度検査 (併用) *偶数年齢		①
				年 月 日											②
			男・女	昭・平	・一般健診 ・若年健診	節目健診	子宮頸がん 単独検診 *20歳~38歳	胃カメラ 経口・経鼻	透視	しない	乳がん検診 (併用) *偶数年齢	子宮頸がん検診 (併用) *偶数年齢	骨密度検査 (併用) *偶数年齢		①
				年 月 日											②
			男・女	昭・平	・一般健診 ・若年健診	節目健診	子宮頸がん 単独検診 *20歳~38歳	胃カメラ 経口・経鼻	透視	しない	乳がん検診 (併用) *偶数年齢	子宮頸がん検診 (併用) *偶数年齢	骨密度検査 (併用) *偶数年齢		①
				年 月 日											②
			男・女	昭・平	・一般健診 ・若年健診	節目健診	子宮頸がん 単独検診 *20歳~38歳	胃カメラ 経口・経鼻	透視	しない	乳がん検診 (併用) *偶数年齢	子宮頸がん検診 (併用) *偶数年齢	骨密度検査 (併用) *偶数年齢		①
				年 月 日											②

【注意】 胃の検査は、健診に来られるご本人に、実施についての意向を必ずご確認の上、お申し込みください。※胃カメラが初めての方は経鼻カメラはできません。

中村病院用

[FAX番号]

0778-22-6220

全国健康保険協会

令和8年度 生活習慣病予防健診
人間ドックコース 申込書

健診内容をご確認の上、お申し込みください

事業所名		・TEL ・FAX	TEL: FAX:
所在地	①〒	②〒 送付物が①住所と違う場合ご記入ください	
会計方法	・当日窓口支払い ・後日会社請求 ←※どちらかに○を		ご担当者様
保険情報	保険者番号:		健康保険記号:

【人間ドックコース】月曜日・金曜日 7月～（重要※ 保健指導サポートを含む）今年度より「がん検診受診券」の併用はいたしません。

保険番号	フリガナ	男・女	昭・平	重要※ 特定保健指導の対象になった場合は 当日に初回面談を受けていただきます 同意をお願いします ・了解しました	胃部検査の希望			別紙を参照に希望オプションに○をしてください	希望日	希望日
	氏名		年 月 日		胃カメラ 経口・経鼻	透視	希望 しない	男性：前立腺腫瘍マーカー 女性：マンモグラフィ・乳腺エコー 子宮頸がん検査・骨密度検査		
保険番号	フリガナ	男・女	昭・平	重要※ 特定保健指導の対象になった場合は 当日に初回面談を受けていただきます 同意をお願いします ・了解しました	胃部検査の希望			別紙を参照に希望オプションに○をしてください	希望日	希望日
	氏名		年 月 日		胃カメラ 経口・経鼻	透視	希望 しない	男性：前立腺腫瘍マーカー 女性：マンモグラフィ・乳腺エコー 子宮頸がん検査・骨密度検査		
保険番号	フリガナ	男・女	昭・平	重要※ 特定保健指導の対象になった場合は 当日に初回面談を受けていただきます 同意をお願いします ・了解しました	胃部検査の希望			別紙を参照に希望オプションに○をしてください	希望日	希望日
	氏名		年 月 日		胃カメラ 経口・経鼻	透視	希望 しない	男性：前立腺腫瘍マーカー 女性：マンモグラフィ・乳腺エコー 子宮頸がん検査・骨密度検査		
保険番号	フリガナ	男・女	昭・平	重要※ 特定保健指導の対象になった場合は 当日に初回面談を受けていただきます 同意をお願いします ・了解しました	胃部検査の希望			別紙を参照に希望オプションに○をしてください	希望日	希望日
	氏名		年 月 日		胃カメラ 経口・経鼻	透視	希望 しない	男性：前立腺腫瘍マーカー 女性：マンモグラフィ・乳腺エコー 子宮頸がん検査・骨密度検査		

重要※ 健診結果をいち早くメタボリックシンドロームの階層化にかけます。階層化によって生活習慣病リスクが高いと判断され、「特定保健指導」の対象になった場合は、健診当日、そのまま「特定保健指導」を受けていただきます。（無料）
「特定保健指導」は生活指導員が約4～6カ月間介入し、継続的な生活指導サポートをします。（当院は管理栄養士が介入します）
例）健診当日に初回面談→→1カ月後、2カ月後、3カ月（中間サポート）→→4カ月～6カ月後「最終面談」（病院にて）
最終面談は実績評価のため当院に来院していただきます。
(特定保健指導が含まれたコースとなりますので、保健指導を拒否される場合は人間ドックの25000円の補助はありません。)