

**令和8年度
人間ドック・健康診断予約受付
お知らせ**

☎TEL・📠FAX予約受付開始日

令和8年3月2日(月)より開始

TEL:098-936-8290

FAX:098-926-0510

※FAX申込書は、当センター専用申込用紙をご利用ください。
(FAX申込書はホームページにてダウンロードお願いいたします。)

*****人間ドック・健康診断受入れ日程*****

令和8年4月2日(木)より開始



毎年、電話・FAXが殺到いたします。
順番に対応しておりますのでお待ちください。
ご迷惑おかけしますが、よろしくお願いいたします。

令和8年度 変更点

受付時間が変わります

人間ドック午前受付<変更前>7:00 → <変更後>7:30 ・ 午後変更なし

<重要> 胃カメラキャンセル料について

当日の胃カメラキャンセルは料金が発生します。

(ホームページにてキャンセルポリシーをご確認下さいませ)

キャンセル料…3,420円

協会けんぽ(一般健診)は胃カメラへの変更はできません。
胃カメラへの変更可能なコース(節目健診または人間ドック)をご選択ください。

新設コース《若年一般健診》

<対象年齢> 協会けんぽ加入の20歳・25歳・30歳の被保険者のみ

対象年齢をご確認下さい。

生活習慣病予防健診(旧:協会けんぽ一般健診)

<対象年齢> 協会けんぽ加入の35歳以上の方

今年度より、医師による結果説明(面談)とお食事がなくなりました。

節目健診(旧:付加健診)の受診条件

<対象年齢>協会けんぽ加入の
40歳・45歳・50歳・55歳・60歳・65歳・70歳の被保険者のみ

対象年齢をご確認下さい

注意!!!

人間ドックコースにおいて…空腹時血糖が絶対条件となります。

※空腹時血糖とは10時間以上の空腹となります※

飲食があった場合は、「コース変更」

「料金変更(追加)」となりますのでご了承ください。

※詳しい内容は協会けんぽのホームページをご確認ください。

<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/g4/cat410/sb4020/r97/>

法Aコースの廃止

血液検査なしの法Aコースが廃止となりました。血液検査ありの法Bコースがございます。

ご予約される方への注意事項とお願い

★会社登録書・支払確認書について★

年1回の提出（変更がございましたら変更届としてご送信ください。）
全員が対象となりますのでご注意ください。

婦人科について

選択される健診コースにより、婦人科検診の自己負担額が異なります。

■人間ドックコースを受診の方

合計金額から健保補助（25,000円）を差し引く仕組みのため、婦人科検診は当センター規定の料金での受診となります。

■協会けんぽ（一般・節目健診）を受診の方

健診とあわせて婦人科検診を受診いただけます。費用は協会規定の一部負担金のみで受診可能です。

20～38歳の偶数年齢の方は、協会けんぽ補助で「子宮がん健診を単独で受診が可能です」

36～74歳の偶数年齢の方は、一般健診・節目健診と同時に受診が可能です。

★胃部(バリウム)検査★

協会けんぽでは胃部検査は必須の項目です。

★胃カメラの注意点★(人間ドックコースを受診される方)

胃カメラはキャンセル料が発生します。

胃カメラを当日キャンセルするとキャンセル料【3,420円】を請求させていただきます。

胃カメラは部分麻酔が基本です。

※鎮静剤とは…リラックスした状態で検査を行うための追加薬剤になっております。

希望される方はその日**1日、車両等の運転ができません**のでご注意ください。

鎮静剤の方は酸素濃度を爪で測定するため、ネイルをしている場合は受診できません。

★後日受診・提出される方★

胃部・胸部・婦人科・採尿・検便を後日受診される方…受診した日から**同月10日以内**の
受診・提出をお願いします。（祝日にあたる場合…翌営業日となります）

月をまたぐ場合は**翌月5日以内**となります。

（例：30日に受診された方は、提出は翌月の5日までに提出となります。）

★受診コースの間違い★

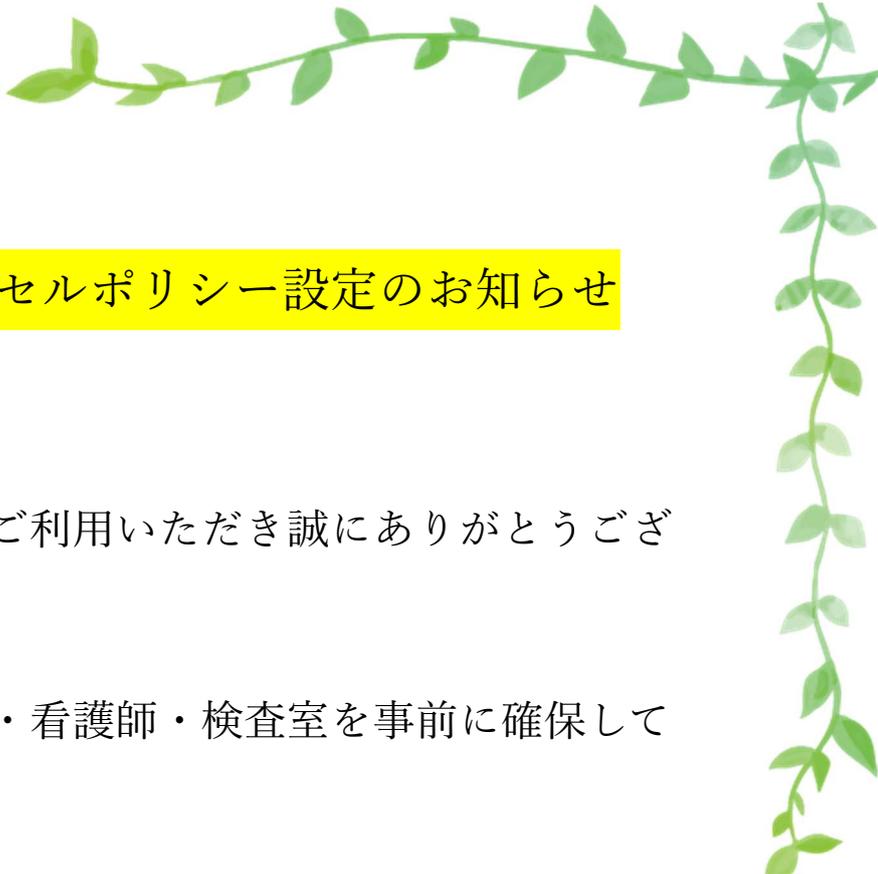
協会けんぽの補助対象の方が間違えて定期健康診断を受診された場合
受診後のコース変更は**不可**なのでお間違えの無いよう事前に確認をお願いします。

★協会けんぽ以外の方★

予約される方のなかで保険証がご家族(被扶養者)・国民健康保険・後期高齢(75歳以上)
の場合備考欄に**保険の種類**をご記入をお願いします。

また被扶養者・国民健康保険・後期高齢(75歳以上)は**窓口支払い**となります。

保険証の**変更**または**予定**がある場合…変更後または分かり次第、早めのご連絡をお願いします。



胃内視鏡検査キャンセルポリシー設定のお知らせ

平素より当センターをご利用いただき誠にありがとうございます。
います。

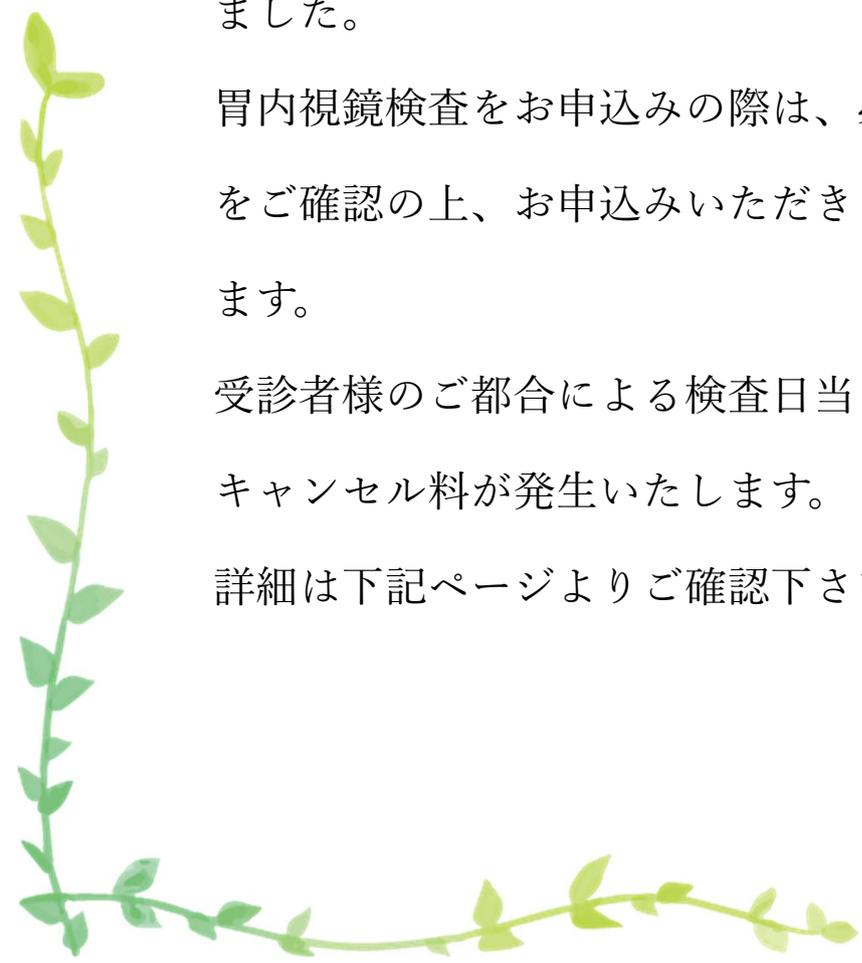
胃内視鏡検査は、医師・看護師・検査室を事前に確保して
実施しております。

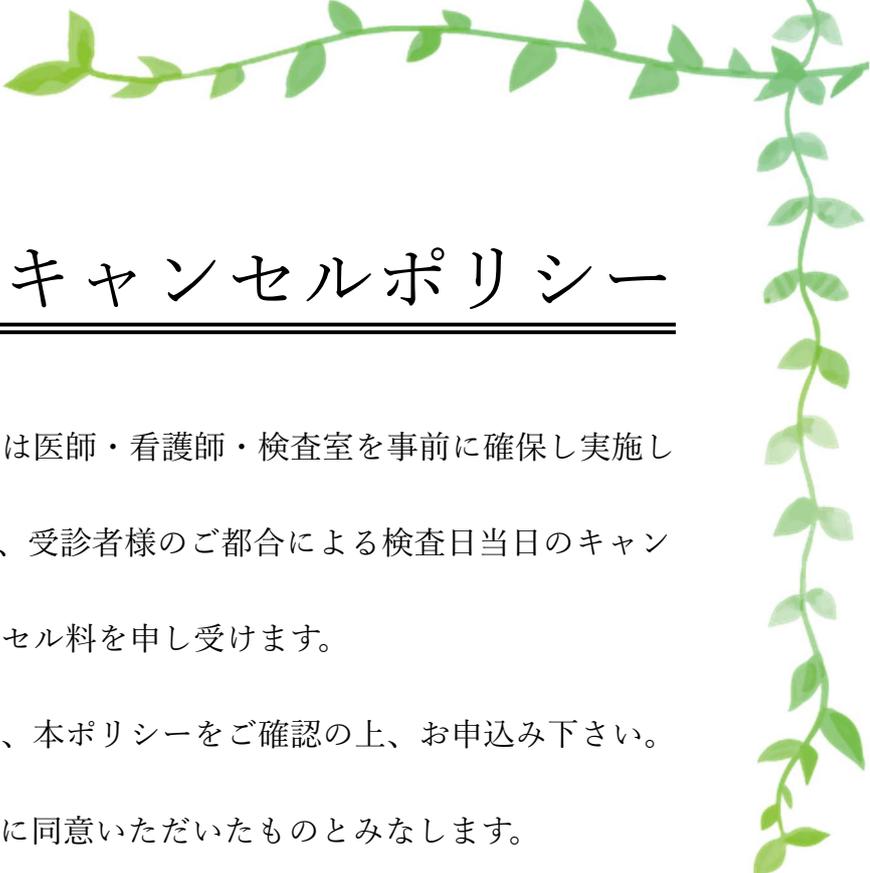
そのため、検査日当日のキャンセルは他の受診希望者様へ
の影響および貴重な検査の機会が妨げられることから、こ
のたび「胃内視鏡検査キャンセルポリシー」を設定いたし
ました。

胃内視鏡検査をお申込みの際は、必ずキャンセルポリシー
をご確認の上、お申込みいただきますようお願い申し上げ
ます。

受診者様のご都合による検査日当日のキャンセルの場合、
キャンセル料が発生いたします。

詳細は下記ページよりご確認下さい。





胃内視鏡検査キャンセルポリシー

当センターでは、胃内視鏡検査は医師・看護師・検査室を事前に確保し実施しております。円滑な運営のため、受診者様のご都合による検査日当日のキャンセルの場合、下記の通りキャンセル料を申し受けます。

胃内視鏡検査をお申込みの際は、本ポリシーをご確認の上、お申込み下さい。

お申込みをもって、本ポリシーに同意いただいたものとみなします。

《キャンセル料》

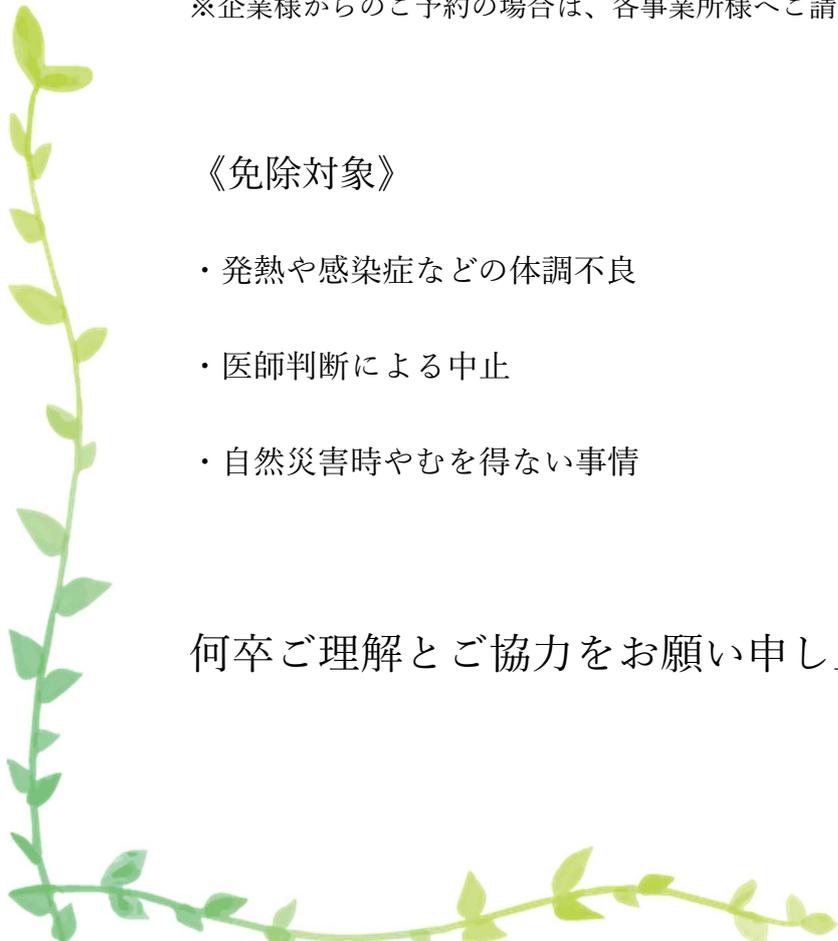
当日キャンセル	¥3,420
無断キャンセル	¥3,420

※企業様からのご予約の場合は、各事業所様へご請求させていただく場合もございます。

《免除対象》

- ・発熱や感染症などの体調不良
- ・医師判断による中止
- ・自然災害時やむを得ない事情

何卒ご理解とご協力をお願い申し上げます。



①

会社登録書

(①と②は必ずセットでの提出となります)

※毎年度提出

令和 8 年度

送信日

/

会社登録について○印： 新規（健診歴なし）・継続（健診歴あり）・変更届（会社登録変更等）

《この用紙は、最初の申込または・年度初めに一回のみの提出です。》

《変更がある際のみ再FAXください。》

保険番号		センター記入	
被保険者証 記号		CD:	
		契:	
↓記入お願いします↓			
資料発送先	企業	個人	
会社控え	必要	不要	※個人結果のコピーが発行されます。
個人結果発送先	企業	個人	※企業を希望の場合、会社控えと同じ郵送先になります。

会社登録情報

フリガナ		
会社名		
〒 住所		
TEL	FAX	担当

※請求先が上記と異なる場合は下記↓↓↓にご記入をお願いします。

会社名		
〒 住所		
TEL	FAX	担当

コメント	※住所・社名変更等ある場合ご記入をお願いします。

②

支払確認書

(①と②は必ずセットでの提出となります)

※毎年度提出

※変更がない限り一回の提出となります。

※今年度の会社登録がすでに提出済みで支払確認書のみの変更がある際は②のみで提出になります。

会社名		
住所		
TEL	FAX	担当

《今年度の申込分全員がこの支払確認書の支払方法となります。》

お支払方法は下記の3つとなります。

必ず○を記入してください

支払方法		
全項目 <u>窓口</u> 支払	オプションのみ(胃カメラ・鎮静剤を含む) 窓口支払	全項目 <u>会社</u> 請求
キャンセル料	【胃カメラ(3,420円)】 ※当日、自己都合によるキャンセル	窓口支払

コース案内

定期健康診断

法定Bコース	血液検査・心電図・胸のレントゲンあり <small>※法定Bコースで婦人科と一緒に受診される方はけんぽ加入の20～38歳の偶数年齢or当センターの婦人科料金、市町村の受診券での受診が可。</small>	11,000円
雇用入れ健診	法定Bコースと同項目内容	11,000円
深夜業務健診	血液検査・心電図あり、胸のレントゲンなし	9,900円

生活習慣病予防健診

new 若年一般健診	20・25・30歳の方のみ受診可【胃部・検便なし】	2,500円
一般健診	対象年齢 35歳～74歳まで 【胃カメラ切替 不可】	5,500円

人間ドック

人間ドック	対象年齢 35歳～74歳まで【胃カメラ(オプション)切替可】ドック料金39,600円-補助金額25,000円	14,600円
↑人間ドックコースは、協会けんぽより25000円の補助が出るため、婦人科健診の補助なしとなり、当センターの婦人科料金となります。		
節目健診	40・45・50・55・60・65・70歳の方のみ対象 【胃カメラ(オプション)切替可】	8,280円
胃カメラ	別途料金 7,700円	7,700円
鎮静剤《オプション検査・予約制》	胃カメラは経口になります。 注意！一日、車両等の運転はできません。	1,100円

子宮がん健診「40～74歳の子宮がん健診は生活習慣病健診・ドックと一緒に受診が可能

けんぽ補助対象の婦人科料金 「20～38歳はけんぽ補助の単独子宮がん健診は可」

子宮頸がん検診	補助対象年齢【20～74歳の方で偶数年齢】	※人間ドックコースは補助対象外となります。	990円
マンモグラフィー1方向	補助対象年齢【50～74歳の方で偶数年齢】		980円
マンモグラフィー2方向	補助対象年齢【40～48歳の方で偶数年齢】		1,700円

当センター婦人科料金

子宮頸がん検診	8,250円
マンモグラフィー1方向	6,600円
マンモグラフィー2方向	7,700円
乳房超音波検査(乳エコー)	5,500円

※詳しい検査項目に関しては別紙またはホームページをご覧ください。

中部地区医師会検診センター TEL: 098-936-8290 FAX: 098-926-0510

「人間ドック」

施設内健診コース表

令和8年度 一般社団法人中部地区医師会 検診センター
健康増進課 電話：098-936-8290 FAX：098-926-0510

検査項目	節目健診(旧 付加健診)	人間ドック
検査種別	節目健診 (旧 付加健診) 対象年齢 (40・45・50・55・60・65・70歳の方のみ受診可)	人間ドック 35歳～74歳にて胃カメラ切替を希望の方
問診	既往歴 喫煙歴 服薬歴 自覚症状	既往歴 喫煙歴 服薬歴 自覚症状
身体計測	身長・体重・BMI・標準体重 腹囲	身長・体重・BMI・標準体重・肥満度 腹囲
視力 聴力	視力(裸眼 矯正) 聴力(1000Hz・4000Hz)	視力(裸眼 矯正) 聴力(1000Hz・4000Hz)
肺機能検査	予測肺活量・努力肺活量 肺活量・一秒量・%肺活量・一秒率	予測肺活量・努力肺活量 肺活量・一秒量・%肺活量・一秒率
循環器検査	血圧測定 心電図(12誘導)・眼底カメラ	血圧測定・心拍数 心電図(12誘導)・眼底カメラ・眼圧
尿検査	蛋白・潜血・尿沈査	蛋白・潜血
便検査	免疫便潜血反応2日法	免疫便潜血反応2日法
血液一般	白血球数・赤血球数 色素量・赤血球容積値 MCV・MCH・MCHC・血小板・血液像	白血球数・赤血球数 色素量・赤血球容積値 MCV・MCH・MCHC・血小板・血液型・血液像
肝機能検査	GOT・GPT・γ-GTP・ALP・総蛋白 アルブミン・LDH・総ビリルビン	GOT・GPT・γ-GTP・ALP・総蛋白 アルブミン・総ビリルビン・A/G比 LDH・CHE・HBs抗原・HCV抗体
膵機能検査	血清アミラーゼ	血清アミラーゼ
糖代謝検査	尿糖 空腹時血糖or随時血糖	尿糖 空腹時血糖(絶対条件：10時間以上の空腹)・HbA1c
脂質検査	中性脂肪・総コレステロール HDL-コレステロール・LDL-コレステロール	中性脂肪・総コレステロール HDL-コレステロール・LDL-コレステロール
免疫学的検査		CRP・RF
腎機能検査	クレアチニン	クレアチニン・尿素窒素・eGFR
痛風検査	尿酸	尿酸
胸部レントゲン検査	正面	正面及び側面
胃部レントゲン検査	直接撮影(バリウムのみ)	直接撮影(胃カメラ選択可)
腹部超音波検査	断層撮影Bスコプ	断層撮影Bスコプ
診察	理学的検査	理学的検査
面談	結果説明等	結果説明等
検査料金	バリウム・胃カメラ選択可 ¥8,280(¥5,500+¥2,780)	バリウム・胃カメラ選択可 ¥14,600 (胃カメラ別途7,700円)

※令和8年度胃カメラへ変更料金 7,700円(税込)

※ 節目健診は対象年齢【40・45・50・55・60・65・70歳】の方以外は受診は出来ず、「生活習慣病予防健診」もしくは「人間ドックのコース」を選択してください。

※ 「人間ドック」にて婦人科受診される方は、偶数年齢・奇数年齢に関わらず当センターの婦人科料金となりますのでご注意ください。

※※1 随時血糖とは…3.5時間以上の空腹
空腹時血糖とは…10時間以上の空腹

※ 沈査…人間ドックコース受診者に対し尿蛋白・尿潜血が陽性が出た場合尿沈査を追加します。

※ 血液型…本人の申し出により省略可

注意!!!

人間ドックコースにおいて…空腹時血糖が絶対条件のため、採血後、
飲食時間が10時間未満であることが判明したら、一部の補助金が
減り【自己負担額 14,600円→25,465円となります。】

希望日が

4月

人間ドック

令和8年度 申込用紙

送信日： R 年 / / 枚

《対象：人間ドック希望・節目健診対象年齢の方・胃カメラ希望される方》

※「人間ドック」・「節目健診」（旧：協会けんぽ付加健診）の専用用紙となります。

変更

保険番号：	被保険者証 記号：	センター使用	CD:	契：
フリガナ	ドック受付時間		AM	7:30～8:00
事業所名	(定休日：土・日・祝日)		PM	12:00～12:30
住所	婦人科実施日		AM:月～金、PM:火のみ(7月開始)	
TEL:	FAX:	担当：	中部地区医師会検診センターTEL:098-936-8290、FAX:098-926-0510	

今年度の①「会社登録書」提出（済・未）・②「支払確認書」提出（済・未）※必ず一回の提出が必要です。

※協会けんぽの補助が合計金額から25,000円を差し引きするため、婦人科は当センターの婦人科料金での受診となります。【人間ドック通常料金 39,600円】

	氏名・生年月日	姓別	受診歴	希望日			例) 一番近い空き日 水・木以外で 指定があれば	センター記入 ↓ 確定日	コース	胃カメラ	個人住宅住所・連絡先 ※個人確認のため必ず記入を！	例) 頸動脈エコー/婦人科 じん肺 追加ワ ションや備考欄
				第1希望	第2希望	第3希望						
予約 NO.1	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワ ションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			人間ドック	経鼻		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		節目健診	鎮静剤 (経口)	携帯番号：	
予約 NO.2	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワ ションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			人間ドック	経鼻		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		節目健診	鎮静剤 (経口)	携帯番号：	
予約 NO.3	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワ ションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			人間ドック	経鼻		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		節目健診	鎮静剤 (経口)	携帯番号：	
予約 NO.4	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワ ションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			人間ドック	経鼻		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		節目健診	鎮静剤 (経口)	携帯番号：	

センター記入

FAX送信日

サイン

希望日が

4月

人間ドック

令和8年度 申込用紙

送信日： R 年 / / 枚

《対象：人間ドック希望・節目健診対象年齢の方・胃カメラ希望される方》

※「人間ドック」・「節目健診」（旧：協会けんぽ付加健診）の専用用紙となります。

フリガナ	
事業所名	
TEL:	FAX:
	担当:

センター使用	CD:	契:
中部地区医師会検診センターTEL:098-936-8290、FAX:098-926-0510		

	氏名・生年月日	性別	受診歴	希望日			例) 一番近い空き日 水・木以外で	センター記入 ↓	コース	胃カメラ	個人住宅住所・連絡先 ※個人確認のため必ず記入を！	例) 頸動脈エコー/婦人科 じん肺
				第1希望	第2希望	第3希望						
予約NO.	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワシオンや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			人間ドック	経鼻		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		節目健診	鎮静剤 (経口)	携帯番号:	
予約NO.	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワシオンや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			人間ドック	経鼻		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		節目健診	鎮静剤 (経口)	携帯番号:	
予約NO.	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワシオンや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			人間ドック	経鼻		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		節目健診	鎮静剤 (経口)	携帯番号:	
予約NO.	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワシオンや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			人間ドック	経鼻		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		節目健診	鎮静剤 (経口)	携帯番号:	
予約NO.	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワシオンや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			人間ドック	経鼻		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		節目健診	鎮静剤 (経口)	携帯番号:	
予約NO.	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワシオンや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			人間ドック	経鼻		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		節目健診	鎮静剤 (経口)	携帯番号:	

センター記入 FAX送信日 サイン

希望日が
5月

人間ドック

令和8年度 申込用紙

送信日： R 年 / / 枚

《対象：人間ドック希望・節目健診対象年齢の方・胃カメラ希望される方》

※「人間ドック」・「節目健診」（旧：協会けんぽ付加健診）の専用用紙となります。

変更

保険番号：	被保険者証 記号：	センター使用	CD:	契：
フリガナ	ドック受付時間		AM	7:30～8:00
事業所名	(定休日：土・日・祝日)		PM	12:00～12:30
住所	婦人科実施日	AM:月～金、PM:火のみ(7月開始)		
TEL:	FAX:	担当：	中部地区医師会検診センターTEL:098-936-8290、FAX:098-926-0510	

今年度の①「会社登録書」提出（済・未）・②「支払確認書」提出（済・未）※必ず一回の提出が必要です。

※協会けんぽの補助が合計金額から25,000円を差し引きするため、婦人科は当センターの婦人科料金での受診となります。【人間ドック通常料金 39,600円】

	氏名・生年月日	姓別	受診歴	希望日			例) 一番近い空き日 水・木以外で 指定があれば	センター記入 ↓ 確定日	コース	胃カメラ	個人住宅住所・連絡先 ※個人確認のため必ず記入を！	例) 頸動脈エコー/婦人科 じん肺 追加ワ ションや備考欄
				第1希望	第2希望	第3希望						
予約 NO.1	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワ ションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM				経鼻		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも				どちらでも	鎮静剤 (経口)	
予約 NO.2	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワ ションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM				経鼻		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも				どちらでも	鎮静剤 (経口)	
予約 NO.3	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワ ションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM				経鼻		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも				どちらでも	鎮静剤 (経口)	
予約 NO.4	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワ ションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM				経鼻		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも				どちらでも	鎮静剤 (経口)	

センター記入 FAX送信日 サイン

希望日が

5月

人間ドック

令和8年度 申込用紙

送信日： R 年 / / 枚

《対象：人間ドック希望・節目健診対象年齢の方・胃カメラ希望される方》

※「人間ドック」・「節目健診」（旧：協会けんぽ付加健診）の専用用紙となります。

フリガナ	センター使用	CD:	契:
事業所名	中部地区医師会検診センターTEL:098-936-8290、FAX:098-926-0510		
TEL:	FAX:	担当:	

予約NO.	氏名・生年月日	性別	受診歴	希望日			例) 一番近い空き日 水・木以外で	センター記入 ↓	コース	胃カメラ	個人住宅住所・連絡先 ※個人確認のため必ず記入を！	例) 頸動脈エコー/婦人科 じん肺
				第1希望	第2希望	第3希望						
フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワシオンや備考欄	
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM		人間ドック	経鼻			
生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		節目健診	鎮静剤 (経口)	携帯番号:		
フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワシオンや備考欄	
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM		人間ドック	経鼻			
生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		節目健診	鎮静剤 (経口)	携帯番号:		
フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワシオンや備考欄	
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM		人間ドック	経鼻			
生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		節目健診	鎮静剤 (経口)	携帯番号:		
フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワシオンや備考欄	
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM		人間ドック	経鼻			
生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		節目健診	鎮静剤 (経口)	携帯番号:		
フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワシオンや備考欄	
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM		人間ドック	経鼻			
生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		節目健診	鎮静剤 (経口)	携帯番号:		
フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワシオンや備考欄	
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM		人間ドック	経鼻			
生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		節目健診	鎮静剤 (経口)	携帯番号:		

センター記入 FAX送信日 サイン

希望日が
6月

人間ドック

令和8年度 申込用紙

送信日： R 年 / / 枚

《対象：人間ドック希望・節目健診対象年齢の方・胃カメラ希望される方》

※「人間ドック」・「節目健診」（旧：協会けんぽ付加健診）の専用用紙となります。

保険番号：	被保険者証 記号：	センター使用	CD:	契：
フリガナ	ドック受付時間		AM	7:30～8:00
事業所名	(定休日：土・日・祝日)		PM	12:00～12:30
住所	婦人科実施日	AM:月～金、PM:火のみ(7月開始)		
TEL:	FAX:	担当：	中部地区医師会検診センターTEL:098-936-8290、FAX:098-926-0510	

変更

今年度の①「会社登録書」提出（済・未）・②「支払確認書」提出（済・未）※必ず一回の提出が必要です。

※協会けんぽの補助が合計金額から25,000円を差し引きするため、婦人科は当センターの婦人科料金での受診となります。【人間ドック通常料金 39,600円】

	氏名・生年月日	姓別	受診歴	希望日			例) 一番近い空き日 水・木以外で 指定があれば	センター記入 ↓ 確定日	コース	胃カメラ	個人住宅住所・連絡先 ※個人確認のため必ず記入を！	例) 頸動脈エコー/婦人科 じん肺 追加ワ ションや備考欄
				第1希望	第2希望	第3希望						
予約 NO. 1	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワ ションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM				経鼻		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも				どちらでも		
予約 NO. 2	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワ ションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM				経鼻		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも				どちらでも		
予約 NO. 3	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワ ションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM				経鼻		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも				どちらでも		
予約 NO. 4	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワ ションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM				経鼻		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも				どちらでも		

センター記入 FAX送信日 サイン

希望日が

6月

人間ドック

令和8年度 申込用紙

送信日： R 年 / / 枚

《対象：人間ドック希望・節目健診対象年齢の方・胃カメラ希望される方》

※「人間ドック」・「節目健診」（旧：協会けんぽ付加健診）の専用用紙となります。

フリガナ	
事業所名	
TEL:	FAX:
	担当:

センター使用	CD:	契:
--------	-----	----

中部地区医師会検診センターTEL:098-936-8290、FAX:098-926-0510

予約NO.	氏名・生年月日	性別	受診歴	希望日			例) 一番近い空き日 水・木以外で	センター記入 ↓	コース	胃カメラ	個人住宅住所・連絡先 ※個人確認のため必ず記入を！	例) 頸動脈エコー/婦人科 じん肺
				第1希望	第2希望	第3希望						
フリガナ	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワシオンや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			人間ドック	経鼻		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		節目健診	鎮静剤 (経口)	携帯番号:	
フリガナ	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワシオンや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			人間ドック	経鼻		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		節目健診	鎮静剤 (経口)	携帯番号:	
フリガナ	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワシオンや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			人間ドック	経鼻		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		節目健診	鎮静剤 (経口)	携帯番号:	
フリガナ	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワシオンや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			人間ドック	経鼻		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		節目健診	鎮静剤 (経口)	携帯番号:	
フリガナ	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワシオンや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			人間ドック	経鼻		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		節目健診	鎮静剤 (経口)	携帯番号:	
フリガナ	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワシオンや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			人間ドック	経鼻		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		節目健診	鎮静剤 (経口)	携帯番号:	

センター記入 FAX送信日 サイン

希望日が
月

人間ドック

令和8年度 申込用紙

送信日： R 年 / / 枚

《対象：人間ドック希望・節目健診対象年齢の方・胃カメラ希望される方》

※「人間ドック」・「節目健診」（旧：協会けんぽ付加健診）の専用用紙となります。

変更

保険番号：	被保険者証 記号：	センター使用	CD:	契：
フリガナ	ドック受付時間		AM	7:30～8:00
事業所名	(定休日：土・日・祝日)		PM	12:00～12:30
住所	婦人科実施日		AM:月～金、PM:火のみ(7月開始)	
TEL:	FAX:	担当：	中部地区医師会検診センターTEL:098-936-8290、FAX:098-926-0510	

今年度の①「会社登録書」提出（済・未）・②「支払確認書」提出（済・未）※必ず一回の提出が必要です。

※協会けんぽの補助が合計金額から25,000円を差し引きするため、婦人科は当センターの婦人科料金での受診となります。【人間ドック通常料金 39,600円】

	氏名・生年月日	姓	受診歴	希望日			例) 一番近い空き日 水・木以外で 指定があれば	センター記入 ↓ 確定日	コース	胃カメラ	個人住宅住所・連絡先 ※個人確認のため必ず記入を！	例) 頸動脈エコー/婦人科 じん肺 追加ワ ションや備考欄
				第1希望	第2希望	第3希望						
予約 NO.1	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワ ションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM				経鼻		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも				どちらでも		
予約 NO.2	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワ ションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM				経鼻		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも				どちらでも		
予約 NO.3	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワ ションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM				経鼻		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも				どちらでも		
予約 NO.4	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワ ションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM				経鼻		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも				どちらでも		

センター記入 FAX送信日 サイン

希望日が

月

人間ドック

令和8年度 申込用紙

送信日： R 年 / / 枚

《対象：人間ドック希望・節目健診対象年齢の方・胃カメラ希望される方》

※「人間ドック」・「節目健診」（旧：協会けんぽ付加健診）の専用用紙となります。

フリガナ	センター使用	CD:	契:
事業所名	中部地区医師会検診センターTEL:098-936-8290、FAX:098-926-0510		
TEL:	FAX:	担当:	

	氏名・生年月日	性別	受診歴	希望日			例) 一番近い空き日 水・木以外で	センター記入 ↓	コース	胃カメラ	個人住宅住所・連絡先 ※個人確認のため必ず記入を！	例) 頸動脈エコー/婦人科 じん肺
				第1希望	第2希望	第3希望						
予約NO.	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワシオンや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			人間ドック	経鼻		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		節目健診	鎮静剤 (経口)	携帯番号:	
予約NO.	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワシオンや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			人間ドック	経鼻		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		節目健診	鎮静剤 (経口)	携帯番号:	
予約NO.	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワシオンや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			人間ドック	経鼻		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		節目健診	鎮静剤 (経口)	携帯番号:	
予約NO.	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワシオンや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			人間ドック	経鼻		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		節目健診	鎮静剤 (経口)	携帯番号:	
予約NO.	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワシオンや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			人間ドック	経鼻		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		節目健診	鎮静剤 (経口)	携帯番号:	
予約NO.	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	人間ドック	経口	〒	追加ワシオンや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			人間ドック	経鼻		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		節目健診	鎮静剤 (経口)	携帯番号:	

センター記入 FAX送信日 サイン

検査項目	健康診断		生活習慣病予防健診	
検査種別	Bコース・雇用入れ健診 労働安全衛生法に準じて		新設 若年一般健診 対象年齢 (20歳・25歳・30歳の方のみ受診可)	一般健診 対象年齢(35歳～74歳)
問診	既往歴 業務歴 喫煙歴 服薬歴 自覚症状	既往歴 業務歴 喫煙歴 服薬歴 自覚症状	既往歴 喫煙歴 服薬歴 自覚症状	既往歴 喫煙歴 服薬歴 自覚症状
身体計測	身長・体重・BMI 腹囲	身長・体重・BMI 腹囲	身長・体重・BMI・標準体重 腹囲	身長・体重・BMI・標準体重 腹囲
視力 聴力	視力(裸眼 矯正) 聴力(1000Hz・4000Hz)	視力(裸眼 矯正) 聴力(1000Hz・4000Hz)	視力(裸眼 矯正) 聴力(1000Hz・4000Hz)	視力(裸眼 矯正) 聴力(1000Hz・4000Hz)
肺機能検査				
循環器検査	血圧測定 心電図(12誘導)	血圧測定 心電図(12誘導)	血圧測定 心電図(12誘導)	血圧測定 心電図(12誘導)
尿検査	蛋白・潜血	蛋白・潜血	蛋白・潜血	蛋白・潜血
便検査			(便潜血なし)	免疫便潜血反応2日法
血液一般	白血球数・赤血球数 血色素量・赤血球容積値 MCV・MCH・MCHC	白血球数・赤血球数 血色素量・赤血球容積値 MCV・MCH・MCHC	白血球数・赤血球数 血色素量・赤血球容積値 MCV・MCH・MCHC	白血球数・赤血球数 血色素量・赤血球容積値 MCV・MCH・MCHC
肝機能検査	GOT・GPT・γ-GTP	GOT・GPT・γ-GTP	GOT・GPT・γ-GTP・ALP	GOT・GPT・γ-GTP・ALP
膵機能検査				
糖代謝検査	尿糖 空腹時血糖・HbA1c	尿糖 空腹時血糖・HbA1c	尿糖 空腹時血糖・(HbA1cなし)	尿糖 空腹時血糖・(HbA1cなし)
脂質検査	中性脂肪 HDL-コレステロール・LDL-コレステロール	中性脂肪 HDL-コレステロール・LDL-コレステロール	中性脂肪・総コレステロール HDL-コレステロール・LDL-コレステロール	中性脂肪・総コレステロール HDL-コレステロール・LDL-コレステロール
免疫学的検査				
腎機能検査			クレアチニン	クレアチニン
痛風検査			尿酸	尿酸
胸部レントゲン検査	正面1枚	(胸のレントゲンなし)	正面	正面
胃部レントゲン検査			(胃部検査なし)	直接撮影(バリウムのみ)
腹部超音波検査				
診察	理学的検査	理学的検査	理学的検査	理学的検査
面談			(結果説明なし)	(結果説明なし)
検査料金	血液検査・心電図あり	胸のレントゲンなし	便潜血・胃部健診なし	胃カメラの切替が不可 
	税込 ¥11,000	税込 9,900円	税込 ¥2,500	税込 ¥5,500

希望日が
4月

生活習慣病予防健診

令和8年度 申込用紙

送信日： R / / 枚

《対象：けんぽ加入の若年層20・25・30歳の方のみ、35歳～74歳の方》

※「生活習慣病予防健診」（旧：協会けんぽ一般健診）の専用申込書になります。

保険番号：	被保険者証 記号：	セナ-使用 CD:	契：
フリガナ	生活習慣病受付時間		AM 7:30～8:00
事業所名	(定休日：土・日・祝日)		PM 13:00～13:30
住所	婦人科実施日	AM:月～金、PM:火のみ(7月開始)	
TEL:	FAX:	担当：	中部地区医師会検診センターTEL:098-936-8290、FAX:098-926-0510

変更

今年度の①「会社登録書」提出（済・未）・②「支払確認書」提出（済・未）※必ず一回の提出が必要です。

※「一般健診」の方の、【Dr.面談】・【お食事】がなくなりましたのでご了承ください。

予約NO.	氏名・生年月日	性別	受診歴	希望日			例) 一番近い空き日 水・木以外で	センター記入 ↓	コース	オプション		個人住宅住所・連絡先 ※個人確認のため必ず記入を！	例) 頸動脈エコー じん肺
				第1希望	第2希望	第3希望				婦人科			
予約 NO. 1	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦) 年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも				市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号：	
予約 NO. 2	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦) 年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも				市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号：	
予約 NO. 3	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦) 年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも				市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号：	
予約 NO. 4	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦) 年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも				市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号：	

センター記入 FAX送信日 サイン

希望日が
4月

生活習慣病予防健診

令和8年度 申込用紙

送信日： R / / 枚

《対象：けんぽ加入の若年層20・25・30歳の方のみ、35歳～74歳の方》

※「生活習慣病予防健診」（旧：協会けんぽ一般健診）の専用申込書になります。

フリガナ
事業所名
TEL: FAX: 担当:

センター使用 CD: 契:
中部地区医師会検診センターTEL:098-936-8290、FAX:098-926-0510

予約NO.	氏名・生年月日	性別	受診歴	希望日			例) 一番近い空き日 水・木以外で	センター記入 ↓	コース	オプション		個人住宅住所・連絡先 ※個人確認のため必ず記入を!	例) 頸動脈エコー じん肺
				第1希望	第2希望	第3希望				婦人科			
	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
	被保険者証番号	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦)	年 月 日		どちらでも	どちらでも	どちらでも				市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号:	
	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
	被保険者証番号	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦)	年 月 日		どちらでも	どちらでも	どちらでも				市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号:	
	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
	被保険者証番号	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦)	年 月 日		どちらでも	どちらでも	どちらでも				市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号:	
	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
	被保険者証番号	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦)	年 月 日		どちらでも	どちらでも	どちらでも				市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号:	
	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
	被保険者証番号	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦)	年 月 日		どちらでも	どちらでも	どちらでも				市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号:	
	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
	被保険者証番号	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦)	年 月 日		どちらでも	どちらでも	どちらでも				市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号:	

希望日が
5月

生活習慣病予防健診

令和8年度 申込用紙

送信日： R / / 枚

《対象：けんぽ加入の若年層20・25・30歳の方のみ、35歳～74歳の方》

※「生活習慣病予防健診」（旧：協会けんぽ一般健診）の専用申込書になります。

保険番号：	被保険者証 記号：	セナ-使用 CD:	契：
フリガナ	生活習慣病受付時間		AM 7:30～8:00
事業所名	(定休日：土・日・祝日)		PM 13:00～13:30
住所	婦人科実施日	AM:月～金、PM:火のみ(7月開始)	
TEL:	FAX:	担当：	中部地区医師会検診センターTEL:098-936-8290、FAX:098-926-0510

変更

今年度の①「会社登録書」提出（済・未）・②「支払確認書」提出（済・未）※必ず一回の提出が必要です。

※「一般健診」の方の、【面談】・【お食事】がなくなりましたのでご了承ください。

予約NO.	氏名	生年月日	性別	受診歴	希望日			例) 一番近い空き日 水・木以外で	センター記入 ↓	コース	オプション		個人住宅住所・連絡先 ※個人確認のため必ず記入を！	例) 頸動脈エコー じん肺
					第1希望	第2希望	第3希望				婦人科			
予約 NO. 1	フリガナ	年 月 日	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	氏名	生年月日 (西暦)	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
		年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも				市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号：	
予約 NO. 2	フリガナ	年 月 日	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	氏名	生年月日 (西暦)	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
		年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも				市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号：	
予約 NO. 3	フリガナ	年 月 日	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	氏名	生年月日 (西暦)	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
		年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも				市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号：	
予約 NO. 4	フリガナ	年 月 日	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	氏名	生年月日 (西暦)	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
		年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも				市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号：	

センター記入 FAX送信日 サイン

希望日が
5月

生活習慣病予防健診

令和8年度 申込用紙

送信日： R / / 枚

《対象：けんぽ加入の若年層20・25・30歳の方のみ、35歳～74歳の方》

※「生活習慣病予防健診」（旧：協会けんぽ一般健診）の専用申込書になります。

フリガナ
事業所名
TEL: FAX: 担当:

センター使用 CD: 契:
中部地区医師会検診センターTEL:098-936-8290、FAX:098-926-0510

予約NO.	氏名・生年月日	性別	受診歴	希望日			例) 一番近い空き日 水・木以外で	センター記入 ↓	コース	オプション		個人住宅住所・連絡先 ※個人確認のため必ず記入を!	例) 頸動脈エコー じん肺
				第1希望	第2希望	第3希望				婦人科			
	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
生年月日 (西暦) 年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも	市町村受診券 (使用・なし)			携帯番号:				
	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
生年月日 (西暦) 年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも	市町村受診券 (使用・なし)			携帯番号:				
	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
生年月日 (西暦) 年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも	市町村受診券 (使用・なし)			携帯番号:				
	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
生年月日 (西暦) 年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも	市町村受診券 (使用・なし)			携帯番号:				
	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
生年月日 (西暦) 年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも	市町村受診券 (使用・なし)			携帯番号:				
	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
生年月日 (西暦) 年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも	市町村受診券 (使用・なし)			携帯番号:				

希望日が
6月

生活習慣病予防健診

令和8年度 申込用紙

送信日： R / / 枚

《対象：けんぽ加入の若年層20・25・30歳の方のみ、35歳～74歳の方》

※「生活習慣病予防健診」（旧：協会けんぽ一般健診）の専用申込書になります。

保険番号：	被保険者証 記号：	セナ-使用 CD:	契：
フリガナ	生活習慣病受付時間		AM 7:30～8:00
事業所名	(定休日：土・日・祝日)		PM 13:00～13:30
住所	婦人科実施日	AM:月～金、PM:火のみ(7月開始)	
TEL:	FAX:	担当：	中部地区医師会検診センターTEL:098-936-8290、FAX:098-926-0510

変更

今年度の①「会社登録書」提出（済・未）・②「支払確認書」提出（済・未）※必ず一回の提出が必要です。

※「一般健診」の方の、【面談】・【お食事】がなくなりましたのでご了承ください。

予約NO.	氏名・生年月日	性別	受診歴	希望日			例) 一番近い空き日 水・木以外で	センター記入 ↓	コース	オプション		個人住宅住所・連絡先 ※個人確認のため必ず記入を！	例) 頸動脈エコー じん肺
				第1希望	第2希望	第3希望				婦人科			
予約 NO. 1	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも			市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号：	
予約 NO. 2	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも			市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号：	
予約 NO. 3	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも			市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号：	
予約 NO. 4	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも			市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号：	

センター記入 FAX送信日 サイン

希望日が
6月

生活習慣病予防健診

令和8年度 申込用紙

送信日： R / / 枚

《対象：けんぽ加入の若年層20・25・30歳の方のみ、35歳～74歳の方》

※「生活習慣病予防健診」（旧：協会けんぽ一般健診）の専用申込書になります。

フリガナ	センター使用	CD:	契:
事業所名	中部地区医師会検診センターTEL:098-936-8290、FAX:098-926-0510		
TEL:	FAX:	担当:	

予約NO.	氏名・生年月日	性別	受診歴	希望日			例) 一番近い空き日 水・木以外で	センター記入 ↓	コース	オプション		個人住宅住所・連絡先 ※個人確認のため必ず記入を!	例) 頸動脈エコー じん肺
				第1希望	第2希望	第3希望				婦人科			
予約NO.	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも			どちらでも	市町村受診券 (使用・なし)			
予約NO.	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも			どちらでも	市町村受診券 (使用・なし)			
予約NO.	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも			どちらでも	市町村受診券 (使用・なし)			
予約NO.	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも			どちらでも	市町村受診券 (使用・なし)			
予約NO.	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも			どちらでも	市町村受診券 (使用・なし)			
予約NO.	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも			どちらでも	市町村受診券 (使用・なし)			

希望日が
月

生活習慣病予防健診

令和8年度 申込用紙

送信日： R / / 枚

《対象：けんぽ加入の若年層20・25・30歳の方のみ、35歳～74歳の方》

※「生活習慣病予防健診」（旧：協会けんぽ一般健診）の専用申込書になります。

保険番号：	被保険者証 記号：	セナ-使用 CD:	契：
フリガナ	生活習慣病受付時間	AM	7:30～8:00
事業所名	(定休日：土・日・祝日)	PM	13:00～13:30
住所	婦人科実施日	AM:月～金、PM:火のみ(7月開始)	
TEL:	FAX:	担当：	中部地区医師会検診センターTEL:098-936-8290、FAX:098-926-0510

変更

今年度の①「会社登録書」提出（済・未）・②「支払確認書」提出（済・未）※必ず一回の提出が必要です。

※「一般健診」の方の、【面談】・【お食事】がなくなりましたのでご了承ください。

予約NO.	氏名	生年月日	性別	受診歴	希望日			例) 一番近い空き日 水・木以外で	センター記入 ↓	コース	オプション		個人住宅住所・連絡先 ※個人確認のため必ず記入を!	例) 頸動脈エコー じん肺
					第1希望	第2希望	第3希望				婦人科			
予約 NO. 1	フリガナ	年 月 日	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	氏名	生年月日 (西暦)	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
		年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも				市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号：	
予約 NO. 2	フリガナ	年 月 日	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	氏名	生年月日 (西暦)	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
		年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも				市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号：	
予約 NO. 3	フリガナ	年 月 日	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	氏名	生年月日 (西暦)	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
		年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも				市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号：	
予約 NO. 4	フリガナ	年 月 日	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	氏名	生年月日 (西暦)	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
		年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも				市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号：	

センター記入 FAX送信日 サイン

希望日が
月

生活習慣病予防健診

令和8年度 申込用紙

送信日： R / / 枚

《対象：けんぽ加入の若年層20・25・30歳の方のみ、35歳～74歳の方》

※「生活習慣病予防健診」（旧：協会けんぽ一般健診）の専用申込書になります。

フリガナ
事業所名
TEL: FAX: 担当:

センター使用 CD: 契:
中部地区医師会検診センターTEL:098-936-8290、FAX:098-926-0510

	氏名・生年月日	性別	受診歴	希望日			例) 一番近い空き日 水・木以外で	センター記入 ↓	コース	オプション		個人住宅住所・連絡先 ※個人確認のため必ず記入を!	例) 頸動脈エコー じん肺
				第1希望	第2希望	第3希望				婦人科			
予約NO.	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦) 年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも				市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号:	
予約NO.	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦) 年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも				市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号:	
予約NO.	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦) 年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも				市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号:	
予約NO.	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦) 年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも				市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号:	
予約NO.	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦) 年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも				市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号:	
予約NO.	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	若年一般健診	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般健診	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦) 年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも				市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号:	

検査項目	健康診断		生活習慣病予防健診	
検査種別	Bコース・雇用入れ健診 労働安全衛生法に準じて		新設 若年一般健診 対象年齢 (20歳・25歳・30歳の方のみ受診可)	一般健診 対象年齢(35歳～74歳)
問診	既往歴 業務歴 喫煙歴 服薬歴 自覚症状	既往歴 業務歴 喫煙歴 服薬歴 自覚症状	既往歴 喫煙歴 服薬歴 自覚症状	既往歴 喫煙歴 服薬歴 自覚症状
身体計測	身長・体重・BMI 腹囲	身長・体重・BMI 腹囲	身長・体重・BMI・標準体重 腹囲	身長・体重・BMI・標準体重 腹囲
視力 聴力	視力(裸眼 矯正) 聴力(1000Hz・4000Hz)	視力(裸眼 矯正) 聴力(1000Hz・4000Hz)	視力(裸眼 矯正) 聴力(1000Hz・4000Hz)	視力(裸眼 矯正) 聴力(1000Hz・4000Hz)
肺機能検査				
循環器検査	血圧測定 心電図(12誘導)	血圧測定 心電図(12誘導)	血圧測定 心電図(12誘導)	血圧測定 心電図(12誘導)
尿検査	蛋白・潜血	蛋白・潜血	蛋白・潜血	蛋白・潜血
便検査			(便潜血なし)	免疫便潜血反応2日法
血液一般	白血球数・赤血球数 血色素量・赤血球容積値 MCV・MCH・MCHC	白血球数・赤血球数 血色素量・赤血球容積値 MCV・MCH・MCHC	白血球数・赤血球数 血色素量・赤血球容積値 MCV・MCH・MCHC	白血球数・赤血球数 血色素量・赤血球容積値 MCV・MCH・MCHC
肝機能検査	GOT・GPT・γ-GTP	GOT・GPT・γ-GTP	GOT・GPT・γ-GTP・ALP	GOT・GPT・γ-GTP・ALP
膵機能検査				
糖代謝検査	尿糖 空腹時血糖・HbA1c	尿糖 空腹時血糖・HbA1c	尿糖 空腹時血糖・(HbA1cなし)	尿糖 空腹時血糖・(HbA1cなし)
脂質検査	中性脂肪 HDL-コレステロール・LDL-コレステロール	中性脂肪 HDL-コレステロール・LDL-コレステロール	中性脂肪・総コレステロール HDL-コレステロール・LDL-コレステロール	中性脂肪・総コレステロール HDL-コレステロール・LDL-コレステロール
免疫学的検査				
腎機能検査			クレアチニン	クレアチニン
痛風検査			尿酸	尿酸
胸部レントゲン検査	正面1枚	(胸のレントゲンなし)	正面	正面
胃部レントゲン検査			(胃部検査なし)	直接撮影(バリウムのみ)
腹部超音波検査				
診察	理学的検査	理学的検査	理学的検査	理学的検査
面談			(結果説明なし)	(結果説明なし)
検査料金	血液検査・心電図あり	胸のレントゲンなし	便潜血・胃部健診なし	胃カメラの切替が不可 
	税込 ¥11,000	税込 ¥9,900	税込 ¥2,500	税込 ¥5,500

希望日が
4月

定期健康診断

令和8年度申込用紙

送信日： R 年 / / 枚

《対象：法B・深夜業務健診(特定業務)・雇入れ健診・特殊健診》

※「健康診断」の専用申込書です。

保険番号：	被保険者証 記号：	センター使用	CD:	契：
フリガナ 事業所名	健康診断受付時間 (定休日：土・日・祝日)		AM	7:30~8:00
住所	婦人科受付時間		PM	13:00~13:30
TEL:	FAX:	担当：	AM:月~金、PM:火のみ(7月開始)	
中部地区医師会検診センターTEL:098-936-8290、FAX:098-926-0510				

変更

今年度の①「会社登録書」提出（済・未）・②「支払確認書」提出（済・未）※必ず一回の提出が必要です。

※受診後のコース変更は出来ませんので、お間違えの無いようお願いします。

予約NO.	フリガナ	氏名・生年月日	性別	受診歴	希望日			例) 一番近い空き日 水・木以外で	センター記入 ↓	コース	オプション		個人住宅住所・連絡先 ※個人確認のため必ず記入を！	例) 頸動脈エコー じん肺
					第1希望	第2希望	第3希望				婦人科			
予約NO. 1	フリガナ	氏名	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	フリガナ	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日(西暦)	年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも			その他(備考欄に記入)	市町村受診券(使用・なし)		携帯番号：	
予約NO. 2	フリガナ	氏名	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	フリガナ	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日(西暦)	年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも			その他(備考欄に記入)	市町村受診券(使用・なし)		携帯番号：	
予約NO. 3	フリガナ	氏名	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	フリガナ	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日(西暦)	年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも			その他(備考欄に記入)	市町村受診券(使用・なし)		携帯番号：	
予約NO. 4	フリガナ	氏名	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	フリガナ	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日(西暦)	年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも			その他(備考欄に記入)	市町村受診券(使用・なし)		携帯番号：	
予約NO. 5	フリガナ	氏名	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	フリガナ	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日(西暦)	年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも			その他(備考欄に記入)	市町村受診券(使用・なし)		携帯番号：	

センター記入 FAX送信日 サイン

希望日が

4月

定期健康診断

令和8年度申込用紙

送信日： R 年 / / 枚

《対象：法B・深夜業務健診(特定業務)・雇入れ健診・特殊健診》

※「健康診断」の専用申込書です。

保険番号：	被保険者証 記号：	センター使用	CD:	契：
フリガナ	TEL:	中部地区医師会検診センターTEL:098-936-8290、FAX:098-926-0510		
事業所名	FAX:			

予約NO.	氏名・生年月日	性別	受診歴	希望日			例) 一番近い空き日 水・木以外で	センター記入 ↓	コース	個人住宅住所・連絡先			例) 頸動脈エコー じん肺
				第1希望	第2希望	第3希望				婦人科		※個人確認のため必ず記入を！	
予約NO.	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		その他 (備考欄に記入)	市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号：	
予約NO.	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		その他 (備考欄に記入)	市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号：	
予約NO.	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		その他 (備考欄に記入)	市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号：	
予約NO.	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		その他 (備考欄に記入)	市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号：	
予約NO.	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		その他 (備考欄に記入)	市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号：	

希望日が
5月

定期健康診断

令和8年度申込用紙

送信日： R 年 / / 枚

《対象：法B・深夜業務健診(特定業務)・雇入れ健診・特殊健診》

※「健康診断」の専用申込書です。

保険番号：	被保険者証 記号：	センター使用	CD:	契：
フリガナ 事業所名	健康診断受付時間 (定休日：土・日・祝日)		AM	7:30~8:00
住所	婦人科受付時間		PM	13:00~13:30
TEL:	FAX:	担当：	AM:月~金、PM:火のみ(7月開始)	
中部地区医師会検診センターTEL:098-936-8290、FAX:098-926-0510				



今年度の①「会社登録書」提出（済・未）・②「支払確認書」提出（済・未）※必ず一回の提出が必要です。

※受診後のコース変更は出来ませんので、お間違えの無いようお願いします。

予約NO.	フリガナ	氏名・生年月日	性別	受診歴	希望日			例) 一番近い空き日 水・木以外で	センター記入 ↓	コース	オプション		個人住宅住所・連絡先 ※個人確認のため必ず記入を！	例) 頸動脈エコー じん肺
					第1希望	第2希望	第3希望				婦人科			
予約NO. 1	フリガナ	氏名	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	フリガナ	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日(西暦)	年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも			その他(備考欄に記入)	市町村受診券(使用・なし)		携帯番号：	
予約NO. 2	フリガナ	氏名	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	フリガナ	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日(西暦)	年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも			その他(備考欄に記入)	市町村受診券(使用・なし)		携帯番号：	
予約NO. 3	フリガナ	氏名	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	フリガナ	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日(西暦)	年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも			その他(備考欄に記入)	市町村受診券(使用・なし)		携帯番号：	
予約NO. 4	フリガナ	氏名	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	フリガナ	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日(西暦)	年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも			その他(備考欄に記入)	市町村受診券(使用・なし)		携帯番号：	
予約NO. 5	フリガナ	氏名	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	フリガナ	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日(西暦)	年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも			その他(備考欄に記入)	市町村受診券(使用・なし)		携帯番号：	

センター記入 FAX送信日 サイン

希望日が

5月

定期健康診断

令和8年度申込用紙

送信日： R 年 / / 枚

《対象：法B・深夜業務健診(特定業務)・雇入れ健診・特殊健診》

※「健康診断」の専用申込書です。

保険番号：	被保険者証 記号：	セナー使用	CD:	契：
フリガナ	TEL:	中部地区医師会検診センターTEL:098-936-8290、FAX:098-926-0510		
事業所名	FAX:			

予約NO.	氏名・生年月日	性別	受診歴	希望日			例) 一番近い空き日 水・木以外で	セナー記入 ↓	コース	個人住宅住所・連絡先			例) 頸動脈エコー じん肺
				第1希望	第2希望	第3希望				婦人科		※個人確認のため必ず記入を！	
予約NO.	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加ワッションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		その他 (備考欄に記入)	市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号：	
予約NO.	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加ワッションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		その他 (備考欄に記入)	市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号：	
予約NO.	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加ワッションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		その他 (備考欄に記入)	市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号：	
予約NO.	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加ワッションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		その他 (備考欄に記入)	市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号：	
予約NO.	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加ワッションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		その他 (備考欄に記入)	市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号：	

セナー記入	FAX送信日	サイン
-------	--------	-----

希望日が
6月

定期健康診断

令和8年度申込用紙

送信日： R 年 / / 枚

《対象：法B・深夜業務健診(特定業務)・雇入れ健診・特殊健診》

※「健康診断」の専用申込書です。

保険番号：	被保険者証 記号：	センター使用	CD:	契：
フリガナ 事業所名	健康診断受付時間 (定休日：土・日・祝日)		AM	7:30~8:00
住所	婦人科受付時間		PM	13:00~13:30
TEL:	FAX:	担当：	AM:月~金、PM:火のみ(7月開始)	
中部地区医師会検診センターTEL:098-936-8290、FAX:098-926-0510				

変更

今年度の①「会社登録書」提出（済・未）・②「支払確認書」提出（済・未）※必ず一回の提出が必要です。

※受診後のコース変更は出来ませんので、お間違えの無いようお願いします。

予約NO.	フリガナ	氏名・生年月日	性別	受診歴	希望日			例) 一番近い空き日 水・木以外で	センター記入 ↓	コース	オプション		個人住宅住所・連絡先 ※個人確認のため必ず記入を！	例) 頸動脈エコー じん肺
					第1希望	第2希望	第3希望				婦人科			
予約NO. 1	フリガナ	氏名	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	フリガナ	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦)	年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも			その他 (備考欄に記入)	市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号：	
予約NO. 2	フリガナ	氏名	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	フリガナ	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦)	年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも			その他 (備考欄に記入)	市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号：	
予約NO. 3	フリガナ	氏名	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	フリガナ	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦)	年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも			その他 (備考欄に記入)	市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号：	
予約NO. 4	フリガナ	氏名	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	フリガナ	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦)	年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも			その他 (備考欄に記入)	市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号：	
予約NO. 5	フリガナ	氏名	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	フリガナ	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦)	年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも			その他 (備考欄に記入)	市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号：	

センター記入 FAX送信日

サイン

希望日が

6月

定期健康診断

令和8年度申込用紙

送信日： R 年 / / 枚

《対象：法B・深夜業務健診(特定業務)・雇入れ健診・特殊健診》

※「健康診断」の専用申込書です。

保険番号：	被保険者証 記号：	セナー使用	CD:	契：
フリガナ	TEL:	中部地区医師会検診センターTEL:098-936-8290、FAX:098-926-0510		
事業所名	FAX:			

予約NO.	氏名・生年月日	性別	受診歴	希望日			例) 一番近い空き日 水・木以外で	セナー記入 ↓	コース	個人住宅住所・連絡先			例) 頸動脈エコー じん肺
				第1希望	第2希望	第3希望				婦人科		※個人確認のため必ず記入を！	
予約NO.	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加ワションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		その他 (備考欄に記入)	市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号：	
予約NO.	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加ワションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		その他 (備考欄に記入)	市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号：	
予約NO.	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加ワションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		その他 (備考欄に記入)	市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号：	
予約NO.	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加ワションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		その他 (備考欄に記入)	市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号：	
予約NO.	フリガナ	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加ワションや備考欄
被保険者証番号	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも		その他 (備考欄に記入)	市町村受診券 (使用・なし)		携帯番号：	

セナー記入

FAX送信日

サイン

希望日が
月

定期健康診断

令和8年度申込用紙

送信日： R 年 / / 枚

《対象：法B・深夜業務健診(特定業務)・雇入れ健診・特殊健診》

※「健康診断」の専用申込書です。

保険番号：	被保険者証 記号：	センター使用	CD:	契：
フリガナ 事業所名	健康診断受付時間 (定休日：土・日・祝日)	AM	7:30~8:00	変更
		PM	13:00~13:30	
住所	婦人科受付時間	AM:月~金、PM:火のみ(7月開始)		
TEL:	FAX:	担当：	中部地区医師会検診センターTEL:098-936-8290、FAX:098-926-0510	

今年度の①「会社登録書」提出（済・未）・②「支払確認書」提出（済・未）※必ず一回の提出が必要です。

※受診後のコース変更は出来ませんので、お間違えの無いようお願いします。

予約NO.	フリガナ	氏名・生年月日	性別	受診歴	希望日			例) 一番近い空き日 水・木以外で	センター記入 ↓	コース	オプション		個人住宅住所・連絡先 ※個人確認のため必ず記入を！	例) 頸動脈エコー じん肺
					第1希望	第2希望	第3希望				婦人科			
予約NO. 1	フリガナ	氏名	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	フリガナ	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日(西暦)	年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも			その他(備考欄に記入)	市町村受診券(使用・なし)		携帯番号：	
予約NO. 2	フリガナ	氏名	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	フリガナ	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日(西暦)	年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも			その他(備考欄に記入)	市町村受診券(使用・なし)		携帯番号：	
予約NO. 3	フリガナ	氏名	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	フリガナ	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日(西暦)	年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも			その他(備考欄に記入)	市町村受診券(使用・なし)		携帯番号：	
予約NO. 4	フリガナ	氏名	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	フリガナ	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日(西暦)	年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも			その他(備考欄に記入)	市町村受診券(使用・なし)		携帯番号：	
予約NO. 5	フリガナ	氏名	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
被保険者証番号	フリガナ	氏名	女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日(西暦)	年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも			その他(備考欄に記入)	市町村受診券(使用・なし)		携帯番号：	

センター記入 FAX送信日 サイン

希望日が
月

定期健康診断

令和8年度申込用紙

送信日： R 年 / / 枚

《対象：法B・深夜業務健診(特定業務)・雇入れ健診・特殊健診》

※「健康診断」の専用申込書です。

保険番号：	被保険者証 記号：	セナー使用	CD:	契：
フリガナ	TEL:	中部地区医師会検診センターTEL:098-936-8290、FAX:098-926-0510		
事業所名	FAX:			

予約NO.	氏名・生年月日	性別	受診歴	希望日			例) 一番近い空き日 水・木以外で	セナー記入 ↓	コース	個人住宅住所・連絡先			例) 頸動脈エコー じん肺
				第1希望	第2希望	第3希望				婦人科			
被保険者証番号	氏名	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
		女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦) 年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも			その他 (備考欄に記入)	市町村受診券 (使用・なし)	携帯番号：		
被保険者証番号	氏名	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
		女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦) 年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも			その他 (備考欄に記入)	市町村受診券 (使用・なし)	携帯番号：		
被保険者証番号	氏名	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
		女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦) 年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも			その他 (備考欄に記入)	市町村受診券 (使用・なし)	携帯番号：		
被保険者証番号	氏名	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
		女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦) 年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも			その他 (備考欄に記入)	市町村受診券 (使用・なし)	携帯番号：		
被保険者証番号	氏名	男	有	R	R	R	指定があれば	確定日	法B	子宮	マンモ①	〒	追加オプションや備考欄
		女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			深夜業務	乳エコー	マンモ②		
	生年月日 (西暦) 年 月 日			どちらでも	どちらでも	どちらでも			その他 (備考欄に記入)	市町村受診券 (使用・なし)	携帯番号：		

「全コース案内」 施設内健診コース表

変わりました

検査項目	健康診断		生活習慣病予防健診		節目健診(旧 付加健診)	人間ドック
検査種別	Bコース・雇用入れ健診 労働安全衛生法に準じて	深夜業務健診	新設 若年一般健診 対象年齢 (20歳・25歳・30歳の方のみ受診可)	一般健診 対象年齢(35歳～74歳)	節目健診 (旧 付加健診) 対象年齢 (40・45・50・55・60・65・70歳の方のみ受診可)	人間ドック 35歳～74歳にて胃カメラ切替を希望の方
問診	既往歴 業務歴 喫煙歴 服薬歴 自覚症状	既往歴 業務歴 喫煙歴 服薬歴 自覚症状	既往歴 喫煙歴 服薬歴 自覚症状	既往歴 喫煙歴 服薬歴 自覚症状	既往歴 喫煙歴 服薬歴 自覚症状	既往歴 喫煙歴 服薬歴 自覚症状
身体計測	身長・体重・BMI 腹囲	身長・体重・BMI 腹囲	身長・体重・BMI・標準体重 腹囲	身長・体重・BMI・標準体重 腹囲	身長・体重・BMI・標準体重 腹囲	身長・体重・BMI・標準体重・肥満度 腹囲
視力 聴力	視力(裸眼 矯正) 聴力(1000Hz・4000Hz)	視力(裸眼 矯正) 聴力(1000Hz・4000Hz)	視力(裸眼 矯正) 聴力(1000Hz・4000Hz)	視力(裸眼 矯正) 聴力(1000Hz・4000Hz)	視力(裸眼 矯正) 聴力(1000Hz・4000Hz)	視力(裸眼 矯正) 聴力(1000Hz・4000Hz)
肺機能検査					予測肺活量・努力肺活量 肺活量・一秒量・%肺活量・一秒率	予測肺活量・努力肺活量 肺活量・一秒量・%肺活量・一秒率
循環器検査	血圧測定 心電図(12誘導)	血圧測定 心電図(12誘導)	血圧測定 心電図(12誘導)	血圧測定 心電図(12誘導)	血圧測定 心電図(12誘導)・眼底カメラ	血圧測定・心拍数 心電図(12誘導)・眼底カメラ・眼圧
尿検査	蛋白・潜血	蛋白・潜血	蛋白・潜血	蛋白・潜血	蛋白・潜血・尿沈査	蛋白・潜血
便検査			(便潜血なし)	免疫便潜血反応2日法	免疫便潜血反応2日法	免疫便潜血反応2日法
血液一般	白血球数・赤血球数 血色素量・赤血球容積値 MCV・MCH・MCHC	白血球数・赤血球数 血色素量・赤血球容積値 MCV・MCH・MCHC	白血球数・赤血球数 血色素量・赤血球容積値 MCV・MCH・MCHC	白血球数・赤血球数 血色素量・赤血球容積値 MCV・MCH・MCHC	白血球数・赤血球数 血色素量・赤血球容積値 MCV・MCH・MCHC・血小板・血液像	白血球数・赤血球数・血液型 血色素量・赤血球容積値 MCV・MCH・MCHC・血小板・血液像
肝機能検査	GOT・GPT・γ-GTP	GOT・GPT・γ-GTP	GOT・GPT・γ-GTP・ALP	GOT・GPT・γ-GTP・ALP	GOT・GPT・γ-GTP・ALP・総蛋白 アルブミン・LDH・総ビリルビン	GOT・GPT・γ-GTP・ALP・総蛋白 アルブミン・総ビリルビン・A/G比 LDH・CHE・HBs抗原・HCV抗体
膵機能検査					血清アマラーゼ	血清アマラーゼ
糖代謝検査	尿糖 空腹時血糖・HbA1c	尿糖 空腹時血糖・HbA1c	尿糖 空腹時血糖・(HbA1cなし)	尿糖 空腹時血糖・(HbA1cなし)	尿糖 空腹時血糖or随時血糖	尿糖 空腹時血糖・HbA1c
脂質検査	中性脂肪 HDL-コレステロール・LDL-コレステロール	中性脂肪 HDL-コレステロール・LDL-コレステロール	中性脂肪・総コレステロール HDL-コレステロール・LDL-コレステロール	中性脂肪・総コレステロール HDL-コレステロール・LDL-コレステロール	中性脂肪・総コレステロール HDL-コレステロール・LDL-コレステロール	中性脂肪・総コレステロール HDL-コレステロール・LDL-コレステロール
免疫学的検査						CRP・RF
腎機能検査			クレアチニン	クレアチニン	クレアチニン	クレアチニン・eGFR
痛風検査			尿酸	尿酸	尿酸	尿酸
胸部レントゲン検査	正面1枚	(胸のレントゲンなし)	正面	正面	正面	正面及び側面
胃部レントゲン検査			(胃部検査なし)	直接撮影(バリウムのみ)	直接撮影(バリウムのみ)	直接撮影(胃カメラ選択可)
腹部超音波検査					断層撮影Bスコープ	断層撮影Bスコープ
診察	理学的検査	理学的検査	理学的検査	理学的検査	理学的検査	理学的検査
面談			(結果説明なし)	(結果説明なし) 注意	結果説明等	結果説明等
検査料金	血液検査・心電図あり	胸のレントゲンなし	便潜血・胃部健診なし	胃カメラへの切替が不可	バリウム・胃カメラ選択可	バリウム・胃カメラ選択可
	税込 ¥11,000	税込 ¥9,900	税込 ¥2,500	税込 ¥5,500	¥8,280(¥5,500+¥2,780)	¥14,600 (胃カメラ別途7,700円)

【人間ドック通常料金39,600円】

※ 節目健診は対象年齢【40・45・50・55・60・65・70歳】の方以外は受診は出来ず、「生活習慣病予防健診」もしくは「人間ドックのコース」を選択してください。

※ 「生活習慣病予防健診」の胃部検査はバリウム検査となっており、胃カメラへの変更はできません。

胃カメラを希望される方は「人間ドック」をお選びください。

※ 「人間ドック」にて婦人科受診される方は、偶数年齢・奇数年齢に関わらず当センターの婦人科料金となりますのでご注意ください。

※ 喀痰…50歳以上で喫煙指数が600以上あり、検査を希望される者に実施