

**令和7年度
人間ドック・健康診断予約受付
お知らせ**

予約受付開始日

令和7年3月3日(月)より開始

※お電話又はFAXにて申込みお願いいたします。

TEL:098-936-8290 FAX:098-926-0510

FAX 申込書は、当センター専用申込書をご使用ください。

(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7年度4月2日(水)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。

支払い方法確認書

令和 7 年度

送信日

R /

フリガナ	※保険証に記載されている事業所名	担当者名:	センター記入
会社名		TEL	CD:
住所〒		FAX	契:
備考(コメント)欄***事業所名、住所の変更や移転などご記入ください。			

↓上記住所と別の請求先指定がある場合記入

事前送付資料	個人宅	企業	会社名
会社控え	必要	不要	住所〒
結果報告書送付先	個人宅	企業	TEL: FAX:

保険者番号	健康保険被保険者証記号	※支払い方法に○の記入がなければ 全額窓口支払 になります。
※必須	※必須	

※詳しい検査内容は別紙にてご確認ください※

健康診断		税込	※必ず○で指定	
法定 A コース	血液検査なし	6,050円	会社請求	窓口支払
法定 B コース	血液検査あり・心電図あり・胸のレントゲンあり	11,000円	会社請求	窓口支払
雇入れ健診	法定Bコースと同項目内容	11,000円	会社請求	窓口支払
深夜業務健診	血液検査あり・心電図あり・胸のレントゲンなし	9,680円	会社請求	窓口支払
オプション検査	追加項目分		会社請求	窓口支払

人間ドック		税込	※必ず○で指定	
協会けんぽ 一般健診	5,282円	基本(一般)コース	会社請求	窓口支払
協会けんぽ 付加健診	対象	一般検診(5,282円) + 2,689円 (合計7,971円)	会社請求	窓口支払
	補助対象年齢 (40・45・50・55・60・65・70歳の方)			
協会けんぽ 人間ドック	対象外	一般検診(5,282円) + 9,603円 (合計14,885円)	会社請求	窓口支払
	補助対象年齢 (40・45・50・55・60・65・70歳の方)			
協会けんぽ 胃カメラ	対象	一般検診(5,282円)+付加対象(2,689円)+ 8,932円 (合計16,903円)	会社請求	窓口支払
	対象外	一般検診(5,282円) + 18,535円 (合計23,817円)	会社請求	窓口支払
協会けんぽ 胃カメラ	令和7年度	7,700円 ※年度によって料金の変更有	会社請求	窓口支払
オプション検査	追加項目分		会社請求	窓口支払

婦人科健診		税込	※必ず○で指定	
協会けんぽ	対象	補助対象年齢(20~74歳の方偶数年齢)	970円	会社請求 窓口支払
子宮頸がん健診	対象外	その他の年齢	8,250円	会社請求 窓口支払
	対象	補助対象年齢(50~74歳の方偶数年齢)	1,013円	会社請求 窓口支払
マンモグラフィ1方向	対象外	その他の年齢	5,940円	会社請求 窓口支払
	一方向対象の方が2方向へ切替の場合(追加料金)		1,100円	会社請求 窓口支払
協会けんぽ	対象	補助対象年齢(40~49歳の方偶数年齢)	1,574円	会社請求 窓口支払
	対象外	その他の年齢	7,040円	会社請求 窓口支払
協会けんぽ	マンモグラフィ2方向			
協会けんぽ	乳エコー	補助対象外	全年齢対象(当センターは40歳未満の方が推奨)	4,400円 会社請求 窓口支払

全国健康保険協会（協会けんぽ）生活習慣予防健診

「人間ドック」予約申込書

令和

年度

/

ふりがな		
保険証事業所名称		
住所〒		
TEL	FAX	担当

ドック受付時間	AM 7:00~7:30 ・ 7:30~8:00
(定休日:土・日・祝日)	PM 12:00~12:30
婦人科実施日	月~金のAM・火のみPM

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

今年度の支払い方法確認書提出(済み・未) ※必ず提出が必要です。

注意事項 ※ 協会けんぽの検査項目は**必須**です。胃部検査はバリウム検査が基本検査となっており自己都合によりキャンセルはできません。胃の検査をキャンセルされると、協会けんぽ補助対象外の**法定健診Bコース(11,000円)**となります。

ただし、身体的理由によるキャンセルの場合は備考欄に記入をお願いします。

【①治療中(医師の指示)②アレルギー③受診済み④妊娠中...等】

- ※ 胃カメラのキャンセルは**1週間前までにご連絡**をお願いします。
- ※ 予約される方の中で保険証がご家族(被扶養者)・国民健康保険・後期高齢者(75歳以上)の場合は、備考欄に**保険の種類**をご記入ください。保険証の変更がある場合は変更後、早めに連絡をお願いします

料金

一般...5,282円
 付加(対象)...7,971円
 付加(対象外)...14,885円
 人間ドック(対象)...16,903円
 人間ドック(対象外)...23,817円
 胃カメラ...7,700円
 鎮静剤...1,100円(要予約・人数制限あり)

**付加・人間ドックの補助対象年齢
(40,45,50,55,60,65,70歳)**

婦人科料金

子宮(対象)...970円
 子宮(対象外)...8,250円
 マンモ①方向(対象)...1,013円
 マンモ①方向(対象外)...5,940円
 マンモ②方向(対象)...1,574円
 マンモ②方向(対象外)...7,040円
 乳エコー...4,400円

*****補助対象年齢***
偶数年齢**

保険者番号	被保険者証記号 ※必須	※住所は、本人確認と誤発送を防止するため 必ず 記入下さい。														
※希望するコース、検査項目に○を記入をお願いします。(超音波検査は人数制限があるため希望の方は記入ください)																
記入例	チュウブ ハナコ	男	有	R7 2/8	R7 2/9	R7 2/10	1月~2月	センター記入				経口	頸動脈エコー	〒904-0113		
被保険者証等番号	中部 花子	女	無	AM・PM	AM	PM	月・木希望	R7 2/10	一般	付加	人間ドック	子宮	マンモ1方向	経鼻	じん肺	北谷町宮城1-584
101 ※必須	生年月日(西暦) 19××・○○・△△			どちらでも	どちらでも	どちらでも	早い日	PM				乳エコー	マンモ2方向	鎮静剤		携帯番号 098-936-8290
	フリガナ氏名	性別	前回履歴	希望日①	希望日②	希望日③	指定があれば	確定日	受診コース			婦人科	胃カメラ	備考欄・追加オプション	住所	※記入必須
No.1		男	有	R /	R /	R /			一般	付加	人間ドック	子宮	マンモ1方向	経鼻		〒
被保険者証等番号		女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般	付加	人間ドック	子宮	マンモ1方向	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						乳エコー	マンモ2方向	鎮静剤		携帯番号
No.2		男	有	R /	R /	R /			一般	付加	人間ドック	子宮	マンモ1方向	経鼻		〒
被保険者証等番号		女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般	付加	人間ドック	子宮	マンモ1方向	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						乳エコー	マンモ2方向	鎮静剤		携帯番号
No.3		男	有	R /	R /	R /			一般	付加	人間ドック	子宮	マンモ1方向	経鼻		〒
被保険者証等番号		女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			一般	付加	人間ドック	子宮	マンモ1方向	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						乳エコー	マンモ2方向	鎮静剤		携帯番号
									センター使用欄	FAX送信日:			担当:	資料→		

全国健康保険協会（協会けんぽ）生活習慣予防健診

「人間ドック」予約申込書

令和

年度

/

ふりがな
 保険証事業所名称

必ず、一枚目の提出をお願いします。
 次回からは二枚目からのご利用が可能です

中部地区医師会検診センター

TEL:098-936-8290・FAX:098-926-0510

センター使用
 CD:
 契:

※住所は、本人確認と誤発送を防止するため必ず記入下さい。

※希望するコース、検査項目に○を記入をお願いします。(超音波検査・胃カメラ・鎮静剤は人数制限があるため希望の方は記入ください)

被保険者証等番号 ※必須	フリガナ 氏名	性別	前 回 履 歴	希望日①	希望日②	希望日③	指定があれば	確定日	受診コース			婦人科	胃カメラ	備考欄・追加オプション	住所	※記入必須	当センター 使用欄
				R /	R /	R /			一般	付加	人間 ドック						
No.		男	有	R /	R /	R /						子宮 マンE1方向	経口		〒		
被保険者証等番号		女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM						乳エコー マンE2方向	経鼻 鎮静剤		携帯番号		<input type="checkbox"/>
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも										
No.		男	有	R /	R /	R /						子宮 マンE1方向	経口		〒		
被保険者証等番号		女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM						乳エコー マンE2方向	経鼻 鎮静剤		携帯番号		<input type="checkbox"/>
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも										
No.		男	有	R /	R /	R /						子宮 マンE1方向	経口		〒		
被保険者証等番号		女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM						乳エコー マンE2方向	経鼻 鎮静剤		携帯番号		<input type="checkbox"/>
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも										
No.		男	有	R /	R /	R /						子宮 マンE1方向	経口		〒		
被保険者証等番号		女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM						乳エコー マンE2方向	経鼻 鎮静剤		携帯番号		<input type="checkbox"/>
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも										
No.		男	有	R /	R /	R /						子宮 マンE1方向	経口		〒		
被保険者証等番号		女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM						乳エコー マンE2方向	経鼻 鎮静剤		携帯番号		<input type="checkbox"/>
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも										
No.		男	有	R /	R /	R /						子宮 マンE1方向	経口		〒		
被保険者証等番号		女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM						乳エコー マンE2方向	経鼻 鎮静剤		携帯番号		<input type="checkbox"/>
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも										
									センター使用欄	FAX送信日:			担当:	資料→			

定期健康診断

「健康診断」予約申込書

令和

年度

/

ふりがな		
保険証事業所名称		
住所 〒		
TEL	FAX	担当

健診受付時間	AM	8:00~8:30	センター使用 CD:
(定休日:土・日・祝日)	PM	13:00~13:30	
婦人科実施日	月~金のAM・火のみPM		契:

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

今年度の支払い方法確認書提出(済み ・ 未) ※必ず提出が必要です。

注意事項 ※ 協会けんぽに加入で35歳未満の方・定期健診・雇入れ健診などの申込用紙です。
一般健診(ドック)対象の方が間違えて定期健診を受診された場合、

受診後の変更は不可になりますのでお間違いのないようお願いいたします。

(協会けんぽ加入の40歳~74歳が法Bコースされた受診者については当センターを通して協会けんぽへ健診結果を提供することになります。)

※ 特殊健診…… 薬剤の検査には **特化・有機** があり、必ずどちらかの記載をお願いします。

※ 雇入れ健診… 健診内容は法定Bコースと同じになります。(備考に「雇入れ」と記入ください)

健診料金

法定Aコース...6,050円
 法定Bコース...11,000円
 深夜業務健診...9,680円
 雇入れ健診...11,000円

婦人科料金

子宮(対象)...970円(単独は38歳まで)
 子宮(対象外)...8,250円
 マンモ1方向...5,940円
 マンモ2方向...7,040円
 乳エコー...4,400円

*****補助対象年齢*****
偶数年齢

※住所は、本人確認と誤発送を防止するため**必ず**記入下さい。

※希望するコース、検査項目に○を記入をお願いします。(超音波検査は人数制限があるため希望の方は記入ください)

保険者番号	被保険者証記号 ※必須																					
記入例	チュウブ タロウ	男	有	R7 2/8	R7 2/9	R7 2/10	1月~2月	センター記入														
被保険者証等番号	中部 太郎	女	無	AM・PM	AM	PM	月・木希望	R7 2/10	法A	法B	深夜	子宮	マンモ1方向	高気圧健診	石綿	〒9040113						
101 ※必須	生年月日 (西暦)	19××・○○・△△		どちらでも	どちらでも	どちらでも	早い日	PM				乳エコー	マンモ2方向	特化)ベンゼン	携帯番号	090-××××-8290						
	フリガナ 氏名	性別	前回 履歴	希望日①	希望日②	希望日③	指定があれば	確定日	受診コース			婦人科希望の方		追加オプション	住所	※記入必須		当センター 使用欄				
No.1		男	有	R /	R /	R /										〒						
被保険者証等番号		女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			法A	法B	深夜	子宮	マンモ1方向			携帯番号						
	生年月日 (西暦)	年 月 日		どちらでも	どちらでも	どちらでも						乳エコー	マンモ2方向									
No.2		男	有	R /	R /	R /										〒						
被保険者証等番号		女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			法A	法B	深夜	子宮	マンモ1方向			携帯番号						
	生年月日 (西暦)	年 月 日		どちらでも	どちらでも	どちらでも						乳エコー	マンモ2方向									
No.3		男	有	R /	R /	R /										〒						
被保険者証等番号		女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM			法A	法B	深夜	子宮	マンモ1方向			携帯番号						
	生年月日 (西暦)	年 月 日		どちらでも	どちらでも	どちらでも						乳エコー	マンモ2方向									
								センター使用欄	FAX送信日:			担当:		資料→								

定期健康診断

「健康診断」予約申込書

令和

年度

/

ふりがな
 保険証事業所名称

必ず、一枚目の提出をお願いします。
 次回からは二枚目からのご利用で大丈夫です。

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

センター使用
 CD:
 契:

※住所は、本人確認と誤発送を防止するため必ず記入下さい。

※希望するコース、検査項目に○を記入お願いします。(超音波検査は人数制限があるため希望の方は記入ください)

被保険者証等番号 ※必須	フリガナ 氏名	性別	前回 履歴	希望日①	希望日②	希望日③	指定があれば	確定日	受診コース			婦人科希望の方	追加オプション	住所 ※記入必須	当センター 使用欄
									法A	法B	深夜				
No.		男	有	R /	R /	R /						子宮 マンE1方向			
被保険者証等番号		女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM						乳エコー マンE2方向			<input type="checkbox"/>
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも						携帯番号		
No.		男	有	R /	R /	R /						子宮 マンE1方向			
被保険者証等番号		女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM						乳エコー マンE2方向			<input type="checkbox"/>
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも						携帯番号		
No.		男	有	R /	R /	R /						子宮 マンE1方向			
被保険者証等番号		女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM						乳エコー マンE2方向			<input type="checkbox"/>
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも						携帯番号		
No.		男	有	R /	R /	R /						子宮 マンE1方向			
被保険者証等番号		女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM						乳エコー マンE2方向			<input type="checkbox"/>
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも						携帯番号		
No.		男	有	R /	R /	R /						子宮 マンE1方向			
被保険者証等番号		女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM						乳エコー マンE2方向			<input type="checkbox"/>
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも						携帯番号		
No.		男	有	R /	R /	R /						子宮 マンE1方向			
被保険者証等番号		女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM						乳エコー マンE2方向			<input type="checkbox"/>
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも						携帯番号		
No.		男	有	R /	R /	R /						子宮 マンE1方向			
被保険者証等番号		女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM						乳エコー マンE2方向			<input type="checkbox"/>
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも						携帯番号		
No.		男	有	R /	R /	R /						子宮 マンE1方向			
被保険者証等番号		女	無	AM・PM	AM・PM	AM・PM						乳エコー マンE2方向			<input type="checkbox"/>
	生年月日 (西暦)	年	月	日	どちらでも	どちらでも	どちらでも						携帯番号		

センター使用欄

FAX送信日:

担当:

資料→

FAX受領確認の為

予約申込用紙と一緒にこちらの用紙を添付してFAXして下さい。

受領確認はFAXにてご連絡致します。

会社名

TEL

FAX

送信日 年 月 日

FAX 送信状

送信先 中部地区医師会 検診センター

TEL : 098-936-8290

FAX : 098-926-0510

※支払確認書は必ずご提出ください※

人間ドック 枚

健康診断 枚

その他（支払確認書含） 枚

本紙を含めたFAX枚数 枚

※センター使用欄	日付	年	月	日
上記のFAXを確認しました。日程確定までお待ちください。()				
日程確定後センター使用欄	日付	年	月	日
日程が確定しましたので、ご確認お願いします。()				

検査項目	健康診断						人間ドック	
	Aコース 労働安全衛生法に準じて		Bコース 労働安全衛生法に準じて		深夜業務健診		Eコース 当センター標準コース	
検査種別	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 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	
身体計測	身長・体重・BMI		身長・体重・BMI 腹囲		身長・体重・BMI 腹囲		身長・体重・BMI 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							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		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・眼圧	
尿検査	蛋白・潜血		蛋白・潜血		蛋白・潜血		蛋白・潜血	
便検査							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・血小板・血液像	
肝機能検査			GOT・GPT・γ-GTP		GOT・GPT・γ-GTP		GOT・GPT・γ-GTP・ALP・総蛋白 アルブミン・LDH・総ビリルビン・A/G比 CHE・HBs抗原・HCV抗体	
腎機能検査							血清アミラーゼ	
糖代謝検査	尿糖		尿糖 空腹時血糖・HbA1c		尿糖 空腹時血糖・HbA1c		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	
免疫学的検査							CRP・RF	
腎機能検査							クレアチニン・尿素窒素・eGFR	
痛風検査							尿酸	
胸部レントゲン検査	正面1枚		正面1枚				正面及び側面	
胃部レントゲン検査							直接撮影9枚（胃カメラ選択可）	
腹部超音波検査							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	
面談							結果説明等	
検査料金	税抜	¥5,500	税抜	¥10,000	税抜	¥8,800	税抜	¥34,000
	税込	¥6,050	税込	¥11,000	税込	¥9,680	税込	¥37,400