

2026（令和8）年度版 全国健康保険協会管掌健康保険（協会けんぽ）生活習慣病予防健診申込書 ①

申込日	月	日
-----	---	---

◆請求書送付先 ※事業所名は「正式名称」を記載願います

事業所名	カナ 名称
事業所所在地	〒
電話番号	FAX番号
ご担当者	

◆案内送付先（左記と違う場合のみご記入ください）
※事業所名は「正式名称」を記載願います

事業所名カナ	
事業所名	
事業所所在地	〒
電話番号	FAX番号

健診費用請求先	いずれかに○を付けてください
一般健診、若年健診、子宮頸がん単独検診 協会けんぽ対象オプション（対象年齢のみ） ・乳がん検診・子宮頸がん検診・骨粗しょう症 ・肝炎ウイルス・胃内視鏡検査切替え料	事業所払い ・ 受診者払い
日赤オプション 胃内視鏡鎮静処置を含む 差額ドック(人間ドック)、 節目健診	事業所払い ・ 受診者払い

※同年度内で支払い方法の変更は出来ませんのでご了承ください。

事業所への健康診断結果表（1枚の用紙に5名分）送付	必要・不要
---------------------------	-------

※結果表送付を「必要」の場合は受診者本人の同意を得てください。

※全て「受診者」払いの場合は、事業所様への結果表送付は致しかねます。

※「一般健診」には眼底検査(医師が必要と判断した場合のみ)を含みます。

◆申込をしてから10日間経過しても、当院から電話やFAX等がない場合は、お手数ですがご連絡をお願いいたします。

◆お支払い方法は事業所単位となります。受診者ごとはお引き受け致しかねます。年度途中の変更はご遠慮ねがいます。

◆事業所への請求書・結果表は翌月10日前後の発送となります。

◆受診者が窓口支払いした領収書名は、受診者の氏名となります。

連絡欄：事業所から日赤健康管理センターへ

病院使用欄

<input type="checkbox"/> 本	<input type="checkbox"/> 会	<input type="checkbox"/> 会2	
<input type="checkbox"/> 全て	<input type="checkbox"/> 協	<input type="checkbox"/> OP	
確認日	月	日	担当者

2026 (R8) 年度 全国健康保険協会管掌健康保険 (協会けんぽ) 生活習慣病予防健診申込書 ②

事業所名「正式名称」	フリガナ	事業所名
------------	------	------

健康保険被保険者証の保険者番号「8桁」	健康保険被保険者証の記号「7桁または8桁」
---------------------	-----------------------

※氏名・フリガナ・生年月日の記入間違いが無いよう再度ご確認をお願いします / ※胃内視鏡検査枠は限りがありますのでフローチャートでご確認ください

健康 保険証 番号	フリガナ		性別	日赤患者ID (番号)		コース (ひとつ選択)	胃部検査 (選択) (若年は不要)	協会けんぽ補助対象 オプション (希望に○を)	健診希望日 (自由記載)	日赤オプションを希望される 場合は以下にご記入ください (35-39歳胃バリウム・便を実施しない場 合は記載のこと)
	氏名	郵便番号		生年月日	電話番号					
住所	住所									
カ ナ 氏 名				患者ID		差額ドック	胃バリウム	節目健診		
				生年月日		一般健診	経口内視鏡	子宮頸がん		
	郵便番号			電話番号		若年健診	経鼻内視鏡	乳がん		
	住所				単独子宮頸がん	鎮静内視鏡	骨粗しょう症			
カ ナ 氏 名				患者ID		差額ドック	胃バリウム	節目健診		
				生年月日		一般健診	経口内視鏡	子宮頸がん		
	郵便番号			電話番号		若年健診	経鼻内視鏡	乳がん		
	住所				単独子宮頸がん	鎮静内視鏡	骨粗しょう症			
カ ナ 氏 名				患者ID		差額ドック	胃バリウム	節目健診		
				生年月日		一般健診	経口内視鏡	子宮頸がん		
	郵便番号			電話番号		若年健診	経鼻内視鏡	乳がん		
	住所				単独子宮頸がん	鎮静内視鏡	骨粗しょう症			
カ ナ 氏 名				患者ID		差額ドック	胃バリウム	節目健診		
				生年月日		一般健診	経口内視鏡	子宮頸がん		
	郵便番号			電話番号		若年健診	経鼻内視鏡	乳がん		
	住所				単独子宮頸がん	鎮静内視鏡	骨粗しょう症			