

申込書への保険証情報記入方法

| | |
|-----------|--|
| 保険者番号(赤枠) | 8桁で構成されており、必ず01から始まります。後6桁は都道府県によって数字が異なります。 |
| 記号(青枠) | 保険証記号とも言い、事業所(会社)ごとに割り振られています。所属が同じであれば記号も同じになります。 |
| 番号(緑枠) | 保険証番号とも言い、事業所内の個人を識別するために割り振られています。 |
| 枝番(茶枠) | 令和2年10月19日以降発行された保険証に新たに加わった個人情報です。上記年月日以前に発行された保険証には記載されていないので、申込書は未記載で構いません。 |

健康保険 本人(被保険者) 00000
被保険者証 令和2年10月19日交付

記号 12345678 番号 1 枝番 00

氏名 ミタ タロウ 三田 太郎
生年月日 平成 元年 4月 15日
性別 男
資格取得年月日 令和 2年 10月 12日

事業所名称 株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
保険者番号 01130012
保険者名称 全国健康保険協会 東京支部

令和6(2024)年12月2日より、従来の保険証は新たに発行されなくなり「マイナ保険証」へ移行していくことが決定されましたが、健診やドックのご予約の際は従来通り、協会けんぽから皆様へ通知される保険証情報(保険者番号・記号・番号)を記載してください。マイナンバーの記載はしないようお願いいたします。

《2023年度 協会けんぽ生活習慣予防健診 申込書》

申込書の加工はご遠慮ください。
※任意継続の方はその旨をこちらにご記載ください

都道府県 市区町村丁目番地ビル名

勤務部署: FAX: -

★保険証の資格確認方法★
・「被保険者証」または「資格確認書」で確認する
・協会けんぽから送付される「資格情報のお知らせ」等を参照する。
※「マイナ保険証」の方は、「マイナポータル」の「保険資格画面」から確認できます。

| | | | | | | |
|-----------------------|----|---------------|----------|----------------|-------------------|---------|
| 保険者番号 (01からの8桁の数字) | 01 | ※記号 (7-9桁) | 12345678 | ※補助額 | 付加 (年度40歳&50歳) | ¥20,497 |
| | | | | | 付加年番除く 35~75歳 | ¥13,583 |
| ※記号の記載所属(保険) | | | | 上記以外&保険証 家族 | 補助なし (全額自己負担) | |

場合は上記一カ所に記入していただくのみとなります!
紙を必ず別にご用意ください!

性別 漢字 生年月日 (西暦) 年 月 日
年齢: 歳

日中ご連絡のとれるお電話番号(携帯等)

| | | | | |
|-----------------|---------|---------|---------|--|
| ご希望日 | 第1希望 | 第2希望 | 第3希望 | 必須 保険証情報(番号・枝番・保険証区分) (ご記載のない場合は、ご予約をお受けできません) |
| ご希望に添えない場合もあります | 月 日 () | 月 日 () | 月 日 () | |
| | 第4希望 | 第5希望 | 第6希望 | 番号 (1~7桁) |
| | | | | 枝番 (2桁) |

| | | | | | | | | | | |
|---|---------|--|------|-------------|---|---|---|-------------------------------|----------------|------------------|
| 窓口 担当者様 | 会社名 | | | | | | | ※任意継続の方はその旨をこちらにご記載ください | | |
| | ご住所 | 郵便番号 | 都道府県 | 市区町村丁目番地ビル名 | | | | | | |
| | ご担当者 | 様 (勤務部署:) | | | | | | | | |
| | 電話番号 | - | - | FAX: | - | - | - | - | | |
| | メールアドレス | | | | | | | | | |
| 必須 保険証情報(保険者番号・保険証記号) (ご記載のない場合はご予約をお受けできません) | | 保険者番号 (01からの8桁の数字) | 0 | 1 | | | | 付加年齢: 40/45/50/55/60/65/70 | ¥20,497 | |
| | | ※記号 (7~8桁) | | | | | | 付加年齢除く 35~75歳 | ¥13,583 | |
| | | ※記号の記載は所属(保険証の事業所名称)が同じ場合は上記一カ所に記入していただくのみとなります! 所属(保険証の事業所名称)が異なる場合は申込用紙を必ず別にしてください! | | | | | | | 上記以外&保険証 家族 | 補助なし (全額自己負担) |

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|--|---|-------------------|-------------------------------------|-------------|--------|
| 性別 | 保険証 名義 | フリガナ | | | | 生年月日 | (西暦) | 年 | |
| | | 漢字 | ※前回のご受診から苗字に変更がある場合にお知らせください。(旧姓:) | | | | 月 | 日 | |
| | | 年齢: | | | | 歳 | | | |
| 日中ご連絡のとれるお電話番号(携帯等) | | | | | | | | | |
| ご希望日 | 第1希望 | 第2希望 | 第3希望 | 必須 マイナンバーは入力しないでください 保険証情報(番号・枝番・保険証区分) (ご記載のない場合はご予約をお受けできません)! | | | | | |
| ご希望に添えない場合もあります ※受診最終日は2026年3月7日(土)です。 | 月 日 () | 月 日 () | 月 日 () | 番号 (1~7桁) | | | 枝番 (2桁) | | |
| | 第4希望 | 第5希望 | 第6希望 | 保険証区分 ○をつけてください。 | | 本人 | | 家族 | |
| 月 日 () | 月 日 () | 月 日 () | | | | | | | |
| 一般健診 ¥18,865 年度年齢35~74歳で 保険証区分「本人」 ※75歳の方は誕生日前日まで | 付加健診 ¥28,488 年度年齢 40/45/50/55/60/65/70 保険証区分「本人」 ※付加希望はこちらのみチェック | 生活習慣予防健診 ¥26,400 年度年齢20~34歳の保険証区分 「本人」と全年齢「家族」 ※上記該当で乳子希望はこちら | 企業健診 ¥13,200 年度年齢20~34歳の保険証区分 「本人」と全年齢「家族」 ※乳子につけられません | 乳がん ¥5,500 補助対象者は 年度年齢 40~75歳の 偶数年度年齢 | 子宮頸がん ¥5,500 補助対象者は 年度年齢 36~75歳の 偶数年度年齢 | | | | |
| 上記の希望コースに○してください(一般健診・付加健診の方は上記金額からそれぞれの協会補助額を引いた金額がお支払い額となります) | | | | | | 希望オプションに○してください。↑ | | | |
| (連絡事項) | | | | 三田病院の診察券番号 | | | 乳がん検診 (マンモグラフィ) | 子宮頸がん 検診 | |
| 協会けんぽの胃検査は必須項目ですので、自己都合によるキャンセル(身体的理由等以外)は健診補助が対象外となります。 | | | | 再検査キャンセル理由(理由に○をおつけください) | | | 40~49歳 | 50~75歳 | 20~75歳 |
| | | | | 治療中(医師の指示) | | | ¥1,574 | ¥1,013 | ¥970 |
| | | | | 他院で胃検査あり | | | ※↑偶数年度年齢は協会から補助が出るため、上記が自己負担額となります。 | | |
| | | | | 妊娠中および可能性あり | | | | | |
| | | | | アレルギー等身体的理由 | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|--|---|-------------------|-------------------------------------|-------------|--------|
| 性別 | 保険証 名義 | フリガナ | | | | 生年月日 | (西暦) | 年 | |
| | | 漢字 | ※前回のご受診から苗字に変更がある場合にお知らせください。(旧姓:) | | | | 月 | 日 | |
| | | 年齢: | | | | 歳 | | | |
| 日中ご連絡のとれるお電話番号(携帯等) | | | | | | | | | |
| ご希望日 | 第1希望 | 第2希望 | 第3希望 | 必須 マイナンバーは入力しないでください 保険証情報(番号・枝番・保険証区分) (ご記載のない場合はご予約をお受けできません)! | | | | | |
| ご希望に添えない場合もあります ※最終日は2026年3月7日(土)です。 | 月 日 () | 月 日 () | 月 日 () | 番号 (1~7桁) | | | 枝番 (2桁) | | |
| | 第4希望 | 第5希望 | 第6希望 | 保険証区分 ○をつけてください。 | | 本人 | | 家族 | |
| 月 日 () | 月 日 () | 月 日 () | | | | | | | |
| 一般健診 ¥18,865 年度年齢35~74歳で 保険証区分「本人」 ※75歳の方は誕生日前日まで | 付加健診 ¥28,488 年度年齢 40/45/50/55/60/65/70 保険証区分「本人」 ※付加希望はこちらのみチェック | 生活習慣予防健診 ¥26,400 年度年齢20~34歳の保険証区分 「本人」と全年齢「家族」 ※上記該当で乳子希望はこちら | 企業健診 ¥13,200 年度年齢20~34歳の保険証区分 「本人」と全年齢「家族」 ※乳子につけられません | 乳がん ¥5,500 補助対象者は 年度年齢 40~75歳の 偶数年度年齢 | 子宮頸がん ¥5,500 補助対象者は 年度年齢 36~75歳の 偶数年度年齢 | | | | |
| 上記の希望コースに○してください(一般健診・付加健診の方は上記金額からそれぞれの協会補助額を引いた金額がお支払い額となります) | | | | | | 希望オプションに○してください。↑ | | | |
| (連絡事項) | | | | 三田病院の診察券番号 | | | 乳がん検診 (マンモグラフィ) | 子宮頸がん 検診 | |
| 協会けんぽの胃検査は必須項目ですので、自己都合によるキャンセル(身体的理由等以外)は健診補助が対象外となります。 | | | | 再検査キャンセル理由(理由に○をおつけください) | | | 40~49歳 | 50~75歳 | 20~75歳 |
| | | | | 治療中(医師の指示) | | | ¥1,574 | ¥1,013 | ¥970 |
| | | | | 他院で胃検査あり | | | ※↑偶数年度年齢は協会から補助が出るため、上記が自己負担額となります。 | | |
| | | | | 妊娠中および可能性あり | | | | | |
| | | | | アレルギー等身体的理由 | | | | | |

ご案内
 1. こちらは、生活習慣病予防健診(協会健診)専用のお申込書となります。
 2. 協会けんぽの補助をご利用の上での人間ドック(呼称: 差額ドック)のお申し込みは、別紙をご参照ください。
 3. 個人情報保護の観点から、健診結果の写しは、お送りしていません。
 4. 10名様以上でのお申込みの場合は、金融機関からのお振込にて承ります。
 5. 3名様以上のお申込みの場合はシートをコピーしてお使いください。

【2025年度 協会けんぽ健診 生活習慣予防健診検査項目表一覧（消費税10%）】

| 検査項目 | 生活習慣病予防健診 | | 協会補助対象外健診 | | |
|---------|----------------|---------------------------------------|---------------|---------|---------|
| | 一般健診 35～74歳 | 付加健診 40/45/50/ 55/60/65/ 70歳 | 三田生活習慣 病健診 | 定期健診 | |
| 診察 | ● | ● | ● | ● | |
| 内科診察/問診 | ● | ● | ● | ● | |
| 保健 | | | | | |
| 保健指導 | | | | | |
| 計測 | 身長・体重 | ● | ● | ● | |
| | 肥満指数(BMI) | ● | ● | ● | |
| | 体脂肪 | | | ● | |
| | 腹囲 | ● | ● | ● | |
| | 血圧 | ● | ● | ● | |
| | 視力・聴力 | ● | ● | ● | |
| 生理 | 眼底 | | ● | ● | |
| | 眼圧(両眼) | | | | |
| | 腹部エコー | | ● | | |
| | 肺機能 | | ● | | |
| | 心電図 | ● | ● | ● | |
| | 動脈硬化度測定 | | | | |
| X線 | 骨密度 | | ● | | |
| | 胸部X線(2方向) | ●(1方向) | ●(1方向) | ●(1方向) | |
| 肝機能 | 胃透視(4ツ切8枚) | ● | ● | ● | |
| | A/G比 | | | | |
| | GOT・GPT・γ-GTP | ● | ● | ● | |
| | 総蛋白 | | ● | ● | |
| | アルブミン | | ● | | |
| | 総ビリルビン | | ● | | |
| | 直接ビリルビン | | | | |
| | ALP | ● | ● | ● | |
| | LDH | | ● | ● | |
| | CPK・コリンエステラーゼ | | | ● | |
| | 血清アミラーゼ | | ● | ● | |
| | 膵アミラーゼ | | | | |
| 脂質 | Na・Cl・K・Ca・Fe | | | | |
| | 総コレステロール | ● | ● | ● | |
| | HDLコレステロール | ● | ● | ● | |
| | LDLコレステロール | ● | ● | ● | |
| | non-HDLコレステロール | ● | ● | ● | |
| | 中性脂肪 | ● | ● | ● | |
| 腎機能 | BUN(尿素窒素) | | ● | ● | |
| | クレアチニン | ● | ● | ● | |
| | eGFR | | ● | ● | |
| 痛風 | 尿酸 | ● | ● | ● | |
| | 血糖(空腹時) | ● | ● | ● | |
| | HbA1C | | ● | ● | |
| 血液一般 | 75g GTT(3回) | | | | |
| | 赤血球・白血球・血色素 | ● | ● | ● | |
| | ヘマトクリット | ● | ● | ● | |
| | 血小板 | | ● | ● | |
| | MCH・MCV・MCHC | | ● | ● | |
| 血清 | 血液像 | | ● | | |
| | CRP(C反応性蛋白) | | | | |
| | RA(リウマチ) | | | | |
| | TPHA・RPR | | | | |
| | HBs抗原(定性) | | | | |
| | HCV抗体(C型肝炎検査) | | | | |
| 甲状腺 | 血液型(ABO・RH)初回 | | | | |
| | TSH | | | | |
| 腫瘍マーカー | ♂:PSA(前立腺がん) | | | | |
| | ♀:CA125(子宮がん) | | | | |
| 尿 | 糖・蛋白半定量・潜血 | ● | ● | ● | |
| | 沈渣 | | ● | | |
| | 比重・ウロビリノーゲン | | | ● | |
| | PH・ケトン体 | | | | |
| | 75g GTT(3回) | | | | |
| 便 | 潜血(2回法) | ● | ● | ● | |
| 料金(税込) | | ¥18,865 | ¥28,468 | ¥26,400 | ¥13,200 |

| 一般・付加健診 受診の方のみ | オプション検査項目 | ご負担料金 |
|---------------------------------|----------------|--------|
| 肝炎ウイルス検査 ※過去に検査を受けた事がない方のみ可。 | HBs抗原(定性) | ¥582 |
| | HCV抗体(C型肝炎検査) | |
| 乳がん検査 40～49歳 | マンモグラフィ(2方向) | ¥5,500 |
| | 乳がん検査 50歳以上 | |
| 子宮頸がん検査 36～74歳 | 子宮頸部細胞診 | ¥5,500 |
| | 内診 | |

※↓偶数年度年齢は協会から補助が出るため、下記が自己負担額となります。

| | |
|--------------------|--------|
| 乳がん検診 (マンモグラフィ) | 40～49歳 |
| | ¥1,574 |
| | 50～75歳 |
| 子宮頸がん検診 | ¥1,013 |
| | 20～75歳 |
| | ¥970 |

注1) 補助対象外(三田生活習慣病健診・定期健診)の方をお申込の場合、必ず一般・付加健診対象者の方と一緒に申し込みください。

注2) 「一般・付加健診」のオプション検査項目は上記右側の表をご参照ください。

注3) 「三田生活習慣病健診」にはマンモグラフィと子宮がん検査のみ追加可。

注4) 「定期健診」にはオプション検査は追加不可。