



一般財団法人

日本予防医学協会

ネットワーク健診 (個別健診) 実施の手引き

分割版
その他運用

Ver.202503

① 健診実施前

- ・ 実施する検査項目は、各受診団体(企業・健保組合)の指定項目となります。
- ・ 健康診断実施前に、日本予防医学協会より貴機関へ下記の依頼書をお送りします。

別紙 A 健康診断
実施依頼書

ご依頼する健康診断についての
注意事項を明記しています。

- ・ 健診種別
- ・ 受診期間
- ・ 予約方法
- ・ 注意事項
- ・ 自己負担金について
- ・ 胃部検査について等

別紙 A (P.15)

別紙 B 全検査
コース一覧

ご依頼する受診団体の検査コース
の一覧を記載しています。
各検査コースの詳細条件は、
別紙C「各検査コース別対象者
一覧」に記載しています。

別紙 B (P.16)

別紙 C 各検査コース別
対象者一覧

各コースの詳細条件と、対象の
受診者情報を記載しています。
受診者がどのコースの対象者が
事前に必ずご確認のうえ、健診
を実施してください。

※標準モデルの場合のみ送付

別紙 C (P.17)



次ページにて詳細説明

①健康診断前

別紙
C

各検査コース別対象者一覧(P.17)の見方

● 全検査コース一覧（各コース実施依頼 詳細一覧）

【健康診断名称】 個別健康診断（20XX年度 サンプル株式会社 定期健診）

【受診団体名】 日本予防医学協会 様

【全対象者数】 1名 【年齢起算日】 2024/03/31

【連絡事項】 ●乳がん検診は【マンモグラフィ】もしくは【乳房超音波】のいずれか一方の選択制。（視触診はセットの場合のみ実施可。）
●ABC検診は指定者のみ対象。対象者一覧に指定者は【○】、指定外の方は【対象外】にて記載。対象外の場合は受診不可。
●希望項目（婦人科検診・PSA）は希望者のみ対象。対象者一覧に希望者は【*】で表示。弊会への依頼時の情報のため、予約時に必ず確認。
●窓口負担金なし。

発行日： 2025年2月5日
000013 - 00000002 - 813115
一般財団法人 日本予防医学協会
05055555

コース一覧	●：検査項目	▲：希望・条件項目
【検査コース】 10 定期健康診断	【条件】 34才以下	
●身体計測	●尿蛋白	●尿潜血
●尿糖	●胸部X線	●心電図
●AST	●中性脂肪	●HDL-C
●LDL-C	●血糖	●HbA1c
●赤血球数	●血小板数	
●腹囲	●視力遠点	
●尿ウロビリ	●聴力1K4K	
●ALT	●γ-GT	
●尿素窒素	●クレアチニン	
●血色素量	●ヘマトクリット	
●血圧	●医師診察	
●総コレステロール	●eGFR	
●HbA1c		
【検査コース】 100 生活習慣病健診	【条件】 35才以上	
●身体計測	●尿蛋白	●尿潜血
●尿糖	●胸部X線	●心電図
●便潜血2回法	●AST	●ALT
●γ-GT	●LDL-C	●尿素窒素
●クレアチニン	●eGFR	●血色素量
●ヘマトクリット	●血小板数	
●腹囲	●視力遠点	
●尿ウロビリ	●聴力1K4K	
●心電図	●眼底(両眼)	
●総コレステロール	●中性脂肪	
●eGFR	●血糖	
●血圧	●医師診察	
●腹部超音波	●HDL-C	
●HbA1c		
【検査コース】 2010 婦人科検診	【条件】 女性希望者	
▲乳房超音波	▲マンモグラフィ	▲子宮頸部細胞診
▲子宮内診		
【検査コース】 2020 ABC検診	【条件】 指定者	
▲ABC検診		
【検査コース】 2030 PSA	【条件】 50才以上男性希望者	
▲PSA		

対象者一覧	所属名	氏名	生年月日 年齢・性別	保険証 記号	保険証 番号	受診コース	A B C	子 宮	化 生 エ コ イ モ	マン モ グラフィ	PSA	受診(予定)日 管理課
社員NO 009713131 管理課	サンプル 伊吹 サンプル 一郎	1959/12/15 64・男	50	12345	受診CD 50663896 生活習慣病健診	対象外	対象外	対象外	*			月 日
社員NO 009020201 管理課	サンプル ハナコ サンプル 花子	1954/08/03 69・女	50	456	受診CD 50663899 生活習慣病健診	○	*	*		対象外		月 日
住所	〒1350001 江東区毛利1-19-10 江間ビル2F TEL											
住所	〒1350001 江東区毛利1-19-10 江間ビル2F TEL											

<その他注意>

乳がん検診でマンモグラフィか乳房エコーが受診項目になっている場合、「健康診断実施依頼書」でどちらか一方または両方実施のご確認をお願いします。

指定項目の有無、希望項目や指定項目の条件は、連絡事項及びコース一覧に記載しております。

【検査コース】
検査項目名称の記号
例：●身体計測
▲乳房超音波

● ⇒ 必須項目
▲ ⇒ 希望項目
または
指定項目

※注意：▲希望及び指定項目の実施・報告漏れにご注意ください。
未実施の場合は、辞退等の未実施理由を必ずご記載ください。

【条件】
『希望者』または『指定者』の条件を記載

希望項目の場合 ⇒ 予約時ご本人に受診有無を確認ください。

指定項目の場合 ⇒ 所属事業所より受診者が指定されています。**指定者の場合、受診は必須**です。

対象者一覧のオプション表示記号について
「○」必須項目
「*」希望項目（事前にご本人から希望と伺っている項目）

「対象外」受診資格無し
※希望項目については、予約時にもご確認ください。

②予約-1 【標準モデル/ヘルシー：直接予約型】

step1. 予約の確認

健康診断の予約は、受診者または事業所ご担当者より、貴機関へ電話予約をして確定となります。
 ※一部実施団体は、日本予防医学協会より貴機関へご連絡します。

貴機関へのお願い

電話予約時に下記の点にご留意ください

- ✓ 日本予防医学協会の対象者か ⇒健康診断実施依頼書が届いているか
- ✓ 受診者または健康管理担当者の連絡先・住所の確認 ⇒検査キットの送付先や、緊急連絡先として
- ✓ 予約日は受診期間内であるか ⇒「健康診断実施依頼書」に記載有
- ✓ 自己負担金の有無 ⇒自己負担金の有無は「健康診断実施依頼書」に記載有
- ✓ 希望項目の確認 ⇒希望項目設定がある場合のみ



重要

予約時に受診者へ、健診案内の記載に従い、
日本予防医学協会へ予約日の報告をするようお伝えください

step2. キットの発送

貴機関の受診案内や検査キットの送付が必要な場合は、受診者または事業所ご担当者へ直接送付をお願いします。

※送付先は、電話予約時に必ずご確認ください。



予約に関する注意事項

重要

- 予約の変更・キャンセルに関しては、受診者または事業所ご担当者と直接行ってください。
- 下記の場合は必ず日本予防医学協会へご連絡をお願いします。

※受診期間内での予約不可

⇒どうしても受診期間内で予約が取れない場合

※依頼と相違する予約

⇒日本予防医学協会からの依頼と相違がある予約を受けた場合

連絡先⇒ 03-3635-1037

03

各フェーズの詳細

②予約-2 【ヘルシー：予約代行型】

step1. 予約内容の確認・受診日確定

受診者より日本予防医学協会へお申込みいただいた情報を、貴機関へ「健康診断手配依頼書」(別紙 E P.19)として、FAXします。

各種情報(受診者情報、希望コース、希望オプション、受診希望日等)をご確認のうえ、「健康診断手配依頼書」に確定予約日をご記入いただき、FAXにてご返信ください。

※健康診断手配依頼書の内容にご不明な点がございましたら、事前にFAXしている実施要綱をご確認ください。



予約に関する注意事項

FAX送信先 健康診断手配依頼書(予約代行)		1 予約代行	
一般財団法人日本予防医学協会附属診療所ウェルビーイング毛利		日本予防医学協会	
TEL: 03-3635-5711 FAX: 03-3635-5712		健康サポートセンター TEL: 03-3635-1037 FAX: 03-3635-1091	
保険番号 88888888		2024 年度	
団体名 AAA健康保険組合		手配番号: 04018131150005	
組織名称 AAA株式会社 本社		実施期間 YYYY年MM月DD日 ~ YYYY年MM月DD日	
お客様ID 31000000		カルテ番号 0011111111	
カナ氏名 ケンシン ハナコ		生年月日 1973年1月1日	
漢字氏名 健診 花子		性別・年齢・婚姻 女 52 歳 一般本人	
〒135-0001 日中連絡先 09012345678		その他連絡先 0312345678	
住所 東京都江東区毛利1-19-10			
2 希望条件		3 確定予約日のご回答期限 YYYY/MM/DD	
1 YYYY/MM/DD(aa)		受診希望月 6 月 不都合曜日 月水金	
2 YYYY/MM/DD(aa)		不都合日程 YYYY/MM/DD(aa) YYYY/MM/DD(aa)	
3 YYYY/MM/DD(aa)		希望日・希望条件で手配不可の場合、変更可能な日	
4 YYYY/MM/DD(aa)		確定予約日 受付時間	
5 YYYY/MM/DD(aa)			

1 ヘルシー（予約代行型）の健康診断手配依頼書には「予約代行」と表記があります。

2 希望日、希望条件で手配不可の場合、実施機関内で受診可能な日程にてご予約いただくか、受診者様と直接ご調整いただいた日程をお知らせください。調整した日程を確定予約日にご記入のうえ、「受診者様と日程調整済」に ☒ をお願いします。

3 書面に記載の「回答期限」までにFAXでのご返信をお願いします。

step2. キットの発送

貴機関の受診案内や検査キットの送付が必要な場合は、受診者または事業所ご担当者へ直接送付をお願いします。

※送付先は、電話予約時に必ずご確認ください。

FAX送付先: 03-6740-2195

②予約-3 受診日確定後の流れ（全モデル）

step1. 予約確認書の受領

日本予防医学協会より貴機関へ「予約確認書」（別紙F P.20）をFAXします。
結果報告の際に同封いただく書類になります。

<予約確認書>（別紙F P.20）

ご依頼の健康診断について予約日を明記しております。
必ずご確認をお願いします。

- ・受診者氏名 ・生年月日 ・年齢、性別
- ・所属団体 ・確定予約日時 ・健診コース
- ・対象年度

予約確認書に変更・キャンセル項目欄を設けております。
ご記入をお願いします。
キャンセルの場合は理由もお願いします。

貴機関へのお願い

「予約確認書」受領後は、必ず下記の点にご留意ください。

- ✓ 受診者情報の確認 ⇒漢字氏名・生年月日・所属団体に相違がないか
- ✓ 予約日の確認 ⇒貴機関との予約日に相違がないか
- ✓ コースの確認 ⇒予約時のコースと相違がないか



「予約確認書」に関する注意事項

- 日程変更による再送はございません。日程変更があった際は手書きで修正してください。
- 予約確認書のコースに相違がある場合は、正しい予約内容を日本予防医学協会までご連絡ください。
- 予約確認書が未着の場合は、受診者のお申込み状況を確認し、FAXさせていただきますので、指定フォーマット（別紙G P.22）にてFAXでご連絡ください。

※受診者が日本予防医学協会へ予約日の報告をされていない場合は、予約確認書が発行されません。

FAX送付先: 03-3635-1025 または 03-3635-1091

③健診実施

1.健診実施内容

検査は、「健康診断実施依頼書」に沿って行ってください。

2.個人負担金

個人負担金がある場合は、受診者より当日窓口にて徴収ください。
⇒負担金の有無は、「健康診断実施依頼書」に記載しております。



3.予約確認書内容確認 ※P.9参照

- キャンセル項目がある場合は、予約確認書にご記入ください。
- コース変更があった場合は事前にご連絡ください。その他の変更内容は予約確認書に記載いただき、健診結果とあわせてお送りください。
- コース変更時のみ予約確認書を再送しますので、健診結果送付の際には必ず受診された健診コースの予約確認書を同封ください。



健診実施の注意事項

- 乳房触診のみの実施は認められておりません。乳房触診実施時は、マンモグラフィか乳房エコーとあわせて受診されていないと、乳がん検査は未実施扱いとなります。
- 子宮頸がん検査の内診のみ実施の場合も同様に認められていないため、医師採取による細胞診を実施していない場合は、未実施扱いとなります。
- 腹囲測定は、妊娠疑いの受診者にも必ず実施してください。
- 妊娠、妊娠疑いの場合はX線を実施しないでください。
- 便潜血2回法で1回分のみしか提出されなかった場合は、もう1回分を後日提出いただくか、1回分をキャンセルとし、提出された1回分の結果をご報告ください。
- 法定項目は実施必須ですが、キャンセルの強いご希望がある際は当会へご連絡ください。

※法定項目以外のキャンセルは、依頼書に「キャンセル不可」の記載がなければ、当会への確認は不要です。

緊急医療措置報告

直ちに専門医療機関を受診しなければ生命の危機があるような所見を発見されたときは、必ず受診者へ連絡後、日本予防医学協会へ報告をお願いします。

対象ケース

- 生命の危機がある結果が判明した場合
- 早急に専門外来を受診する必要がある結果が判明した場合

日本予防医学協会への報告方法

「緊急医療措置報告書」(別紙H P.22)をFAXで連絡

⇒ FAX送付先: 06-6258-2188

03

各フェーズの詳細

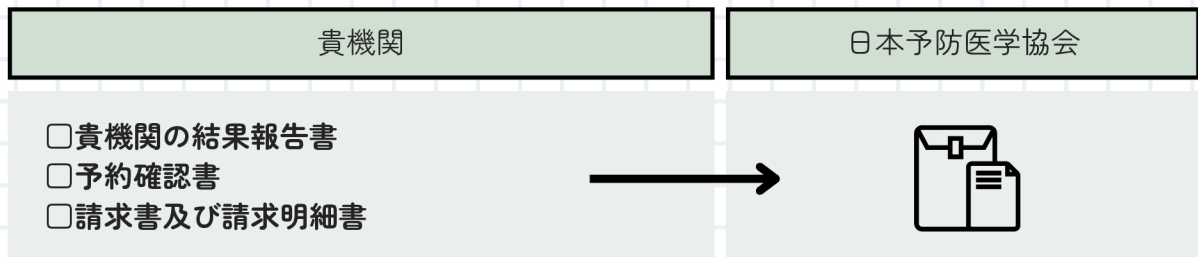
④結果報告-1

個別健康診断の結果報告は、受診日から2週間以内を目処に貴機関の結果報告書1部と「予約確認書」を日本予防医学協会へ送付ください。

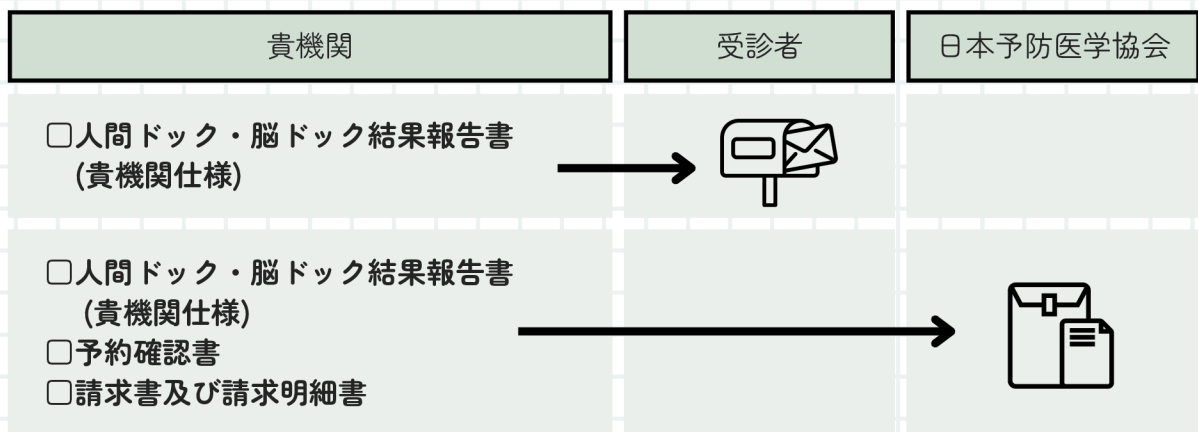
※結果報告書が到着しない場合、FAXまたは電話にて確認させていただきます。

※受診者や契約団体への直接の結果送付は、原則不要です。（一部例外有）

健診結果報告について



人間ドック・脳ドック 結果報告について



貴機関へのお願い

- 日本予防医学協会への送付時、必ず「予約確認書」を同封してください。
(受診資格や本人確認のため)
- 胸部・胃部X線の読影については、必ずダブルチェックをお願いします。
- 一部の検査項目の判定におきまして、契約団体（産業医）の指定する基準へ置き換えることがあり、貴機関の判定と相違が発生する場合があります。



④結果報告-2

結果発送について

受診日から2週間以内を目処に日本予防医学協会まで送付をお願いします。

送付先は下記の通りです。

※健診種別・契約団体によっては、送付方法が異なる場合もありますので、必ず「健康診断実施依頼書」の確認をお願いします。

発送先

〒541-0058
大阪府大阪市中央区南久宝寺町3-1-8
MPR本町ビル12階

一般財団法人日本予防医学協会
ネットワーク事業部 結果受取センター
TEL：06-6258-2184

同封物

- ☐ 送り状(貴機関仕様、もしくは別紙) P.23
- ☐ 予約確認書
- ☐ 結果報告書
- ☐ 請求書(請求明細)



結果発送における注意事項

※上記以外の同封物があった場合、原則として貴機関に返却しますので、同封しないようお願いします。

例 *二次検査の紹介状やご案内等

*X線画像データ・電子媒体等 ⇒ 貴機関にて保管ください。

貴機関へのお願い

個人情報保護の改正により、健康診断の結果を要配慮個人情報として取り扱うことになりました。

日本予防医学協会では、可能な限り追跡可能な方法での発送を推奨しています。



03

各フェーズの詳細

④結果報告-3

契約外項目について

当会から依頼した検査項目以外の項目を受診された場合、下記の通り対応をお願いします。

契約外項目の取り扱い

原則として契約外項目は、個人情報保護法の観点から日本予防医学協会ではお取り扱いができません。

- 【例】・受診者の希望により日本予防医学協会から依頼をしていない検査を実施
- ・「マンモグラフィか乳房エコー」どちらか一方選択式だが受診者の希望で両方実施
 - ・市町村クーポンを使用しての実施

契約外項目の取り扱い

清算は貴機関と受診者様で直接行ってください。

原則、日本予防医学協会からは結果報告及び精算はいたしませんので、可能であれば結果報告書には契約外項目を記載しないでください。契約外項目を記載される場合には、個人負担で実施と分かるように結果報告書もしくは予約確認書に記載（付箋も可）をお願いします。

※但し、例外がありますので「健康診断実施依頼書」にて条件を必ずご確認ください。

後日受診について

健診当日、やむを得ない理由で受診できなかった検査を後日受診した場合、下記の方法で日本予防医学協会へ報告をお願いします。

- 【例】検便が採取できなかったため後日提出
検尿が生理中のため後日受診
体調不良のため胃部X線を後日受診 等



後日受診の結果報告

- 1.後日受診した結果報告書（後日受診日を記載）に送付状を添付して送付ください。送付状には、**検査項目名と後日受診の明記**を必ずお願いします。
- 2.後日受診した結果だけでなく、受診した検査結果のすべてが記載された結果報告書をお送りいただく場合は、後日受診した検査項目欄の箇所を囲い、**後日受診日**を記入のうえ、送付状を添付して送付ください。送付状には、**検査項目名と後日受診の明記**を必ずお願いします。

後日の受診待ちで結果報告が遅れている場合、遅延原因を当会で把握することができないため、医療機関様への問い合わせが多発しております。後日受診日が健診日より5営業日を超過する場合は、必ず現時点での結果報告書の送付をお願いいたします。

貴機関へのお願い

実施漏れ・報告漏れが多数発生しております。

日本予防医学協会からの依頼を再度ご確認のうえ、結果報告書の送付をお願いします。

※結果報告書に載らない項目については、必ず手書きまたは検査箋等をお送りください。

⑤請求・支払

本項は貴機関の請求書発行担当者、または経理担当者へお渡しください

請求書(請求明細)について

- 請求書(請求明細)は貴機関仕様で構いません。
- 受診日、受診団体、受診者名、個人単価を記載してください。

(適格請求書 記載例) 請求日 2024年〇月〇日

請求書

① (一財) 日本予防医学協会 御中

② 〇〇〇〇病院
適格請求書登録番号
T01999999...

請求金額(税込) 52,323円

③ 受診日	③ 団体名	③ 氏名	④ コース	金額(税込)
11月1日	日本健康株式会社	日手 花子	生活習慣病B	¥25,850
			腰部エコー(オプション)	¥4,235
			腹部X線(オプション)	¥10,010
			乳腺エコー(オプション)	¥3,850
			自己負担金	¥-3,065
		小計	¥40,945	
11月15日	東京健康運輸	日手 太郎	大腸内視鏡	¥11,000
			検査費(*)	¥378
			小計	¥11,378
⑤ 8%対象			合計金額(税込)	¥52,323
⑥ 10%対象			内、消費税	¥28
			合計金額(税込)	¥51,945
			内、消費税	¥5,267

上記のとおり、ご請求申し上げます。

④ 軽減税率対象(*)

振込先 銀行名: ◆◆銀行 ××支店
口座種別: 普通 口座番号: 12345678
口座名義: ●●ビルのイン ケイ

個人負担金について

- 一部受診者が負担する費用は、健診当日に窓口にて受診者から徴収してください。
- 金額は、『健康診断実施依頼に関するご案内』の注意事項をご確認ください。
- ※予約確認書に個人負担金の記載はありません。
- 全ての個人負担金は、税込の金額になります。
- ※個人負担金がある場合は、負担金額を請求明細に記載してください。

請求書(請求明細)の送付について

原則、結果報告書と併せてご送付をお願いいたします。

※請求書(請求明細)を結果報告書送付時に同封できない場合(月締めの場合など)

- 健診の結果報告書を先に送付ください。

※請求書(請求明細)を結果報告書より先に送らないようにお願いいたします。

請求書(請求明細)を後日送付される場合、結果報告書・予約確認書の再送は不要です。

- 請求書(請求明細)につきましては、受診後2ヶ月以内にご送付ください。

支払について

健診費用は請求書受領月の翌々月末日に銀行振込にてお支払いいたします。

※請求書受領後、記載内容と貴機関から送付される結果報告書との確認作業を行うため、お日にちを頂戴しておりますのでご了承ください。



一般財団法人
日本予防医学協会