



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
別紙

Ver.202503

〒135-0001
東京都江東区毛利1-19-10 江間忠錦系町ビル5階

(一財)日本予防医学協会附属診療所ウェルビーイング
毛利

予約ご担当者様

健康診断依頼書 在中 CD: 813115

別送 医

発行日 : 2025年6月17日

000013 -00000002- 813115

一般財団法人 日本予防医学協会

【お問合せ先】健診サポートセンター

TEL 03-3635-1037

FAX 03-6740-2195

健康診断実施依頼に関するご案内

※前年度からの変更点なし

実施要綱	
受診団体	事業所CD : 000013 - 00000002 日本予防医学協会 所在地 : 〒135-0001 江東区毛利1-19-10 江間忠ビル2F 電話番号 : 03-1234-5678 FAX番号 : 03-9876-5432 担当者名 : JPM 花子様
健康診断名称	2025年度 サンプル株式会社 定期健診 NO : 05012345
健診種別	指定項目健診 実施項目の詳細は別紙「全検査コース一覧」をご参照願います。
実施期間	2025年04月01日 から 2026年03月31日 (受診者には 2025年04月01日 から 2026年03月31日 を受診期間として表示しております。)
予約方法	受診者もしくは事業所ご担当者様からの直接予約
注意事項	●窓口負担金なし
窓口負担金	●窓口負担金なし
【送付先】 ・健診結果 ・予約確認書 ・請求書	〒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 FAX 06-6258-2188

発行日： 2025年6月17日 医
 000013 - 00000002 - 813115
 一般財団法人 日本予防医学協会
 05012345

● 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（2025年度 サンプル株式会社 定期健診）
 （000013-00000002）
 【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】 2026/03/31
 【連絡事項】 ●窓口負担金なし

コース一覧

●：検査項目 ▲：希望・条件項目

【検査コース】	000010 定期健康診断	【条件】	34才以下
●身体計測	●腹囲	●視力遠点	●尿蛋白
●尿糖	●尿ウロビリ	●聴力1K4K	●胸部X線
●AST	●ALT	●γ-GT	●中性脂肪
●LDL-C	●尿素窒素	●クレアチニン	●血糖
●赤血球数	●血色素量	●ヘマトクリット	●ABC検診
●骨量対最大比	●骨量対同年比	●骨測定	●一秒量
●握力			
【検査コース】	000100 生活習慣病健診	【条件】	35才以上
●身体計測	●腹囲	●視力遠点	●尿蛋白
●尿糖	●尿ウロビリ	●聴力1K4K	●胸部X線
●便潜血2回法	●心電図	●眼底(両眼)	●胃部X線
●γ-GT	●総コレステロール	●中性脂肪	●ALT
●クレアチニン	●eGFR	●血糖	●LDL-C
●ヘマトクリット	●血色素量	●ABC検診	●HbA1c
●骨測定	●骨量対最大比	●骨量対同年比	●赤血球数
	●握力		●一秒量
【検査コース】	002010 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

● 各 検査コース別 対象者一覧

コース全体の検査項目に関しては別紙をご覧ください。

発行日： 2025年6月17日 医
000013 - 00000002 - 813115
一般財団法人 日本予防医学協会
05012345

yyyy年mm月dd日

【健康診断名称】 個別健康診断（2025年度 サンプル株式会社 定期健診）

(000013-00000002)

【受診団体名】 日本予防医学協会 様

電 話： 03-1234-5678 ファックス： 03-9876-5432 健診担当者： JPM 花子 様

〒135-0001 江東区毛利1-19-10 江間忠ビル2F

【受診期間】 2025/04/01 ~ 2026/03/31 【依頼人数】 1名

【連絡事項】 ●窓口負担金なし

コース一覧 [年齢起算日] 2026/03/31

●：検査項目

▲：希望・条件項目

【検査コース】	000100 生活習慣病健診	【条件】	35才以上
●身体計測	●腹囲	●視力遠点	●尿蛋白
●尿糖	●尿ウロビリ	●聴力1K4K	●尿潜血
●便潜血2回法	●心電図	●眼底(両眼)	●胸部X線
●γ-GT	●総コレステロール	●中性脂肪	●AST
●クレアチニン	●eGFR	●血糖	●LDL-C
●ヘマトクリット	●血小板数	●ABC検診	●赤血球数
●骨測定	●握力	●一秒量	●骨量対最大比
			●骨量対同年比

【検査コース】 002010 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

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	受診(予定)日 管理欄
社員NO 009020201 管理課	サンプル ハナコ サンプル 花子	1954/08/03 71・女	50	456	受診CD 50663899 生活習慣病健診	月 日
住所	〒1350001 江東区毛利1-19-10 江間忠ビル2F TEL					

小計 1人

総合計 1人

健康診断実施依頼書（直接予約型）

発行日 2025/04/09

(CD: 813115)

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

予約ご担当者様 FAX: 0336355712

一般財団法人

日本予防医学協会

【お問い合わせ先】 健診サポートセンター

TEL: 03-3635-1037 / FAX: 03-6740-2195

団体名 サンプル健康保険組合

保険者番号 12345678

組織名称 サンプル株式会社 本社

健康診断名称 20XX年度 サンプル健康保険組合 定期健康診断 ●ヘルシー●

契約番号 05073913

予定番号 05119134

実施期間 2025年04月25日 ～ 2025年10月31日

実施期間は 2025年03月28日 11:09

(受診者には2025年04月25日-2025年09月30日を実施期間としてご案内しております)

に更新されました

お客様ID	12345678	カルテ番号	0512345678	保険証記号-番号-枝番	1-123456
カナ氏名	ニチヨ ハナコ	生年月日	1973/06/06		
漢字氏名	日予 花子	性別	女	年齢	52
郵便番号	〒 135-0001	住所(※)	東京都江東区毛利 1-19-10 江間忠錦系町ビル5階		
連絡先TEL	0901234567				

※検査キットの送付先は予約時にご本人へご確認ください

検査コース: 001570 定期健康診断③ (50以上偶数/節目除く女性/胃内子工)

●: 必須検査項目 ▲: ご本人の希望する項目 ブランク: 選択可能項目

【年齢起算日 2026/03/31】

医師診察	●	赤血球数	●
身体計測	●	血色素量	●
腹囲	●	ヘマトクリット	●
視力遠点	●	白血球数	●
聴力1K4K	●	血小板数	●
血圧	●	AST	●
心電図	●	ALT	●
胸部X線	●	γ-GT	●
尿蛋白	●	HDL-C	●
尿糖	●	LDL-C	●
尿潜血	●	中性脂肪	●
胃部内視鏡	●	クレアチニン	●
便潜血2回法	●	eGFR	●
子宮内診	●	血糖	●
子宮頸部細胞診	●	HbA1c	●
乳房超音波	●	尿酸	●

【連絡事項】

- 聴力は、1K4Kだが、両方とも30db（雇入れ基準）で実施。
- 法定必須項目は未検査不可。法定項目の未実施項目は後日受診。（※例外：通院中、治療中、持病など）
- 尿検査は生理中でも実施。
- 肝炎検査は定性で実施。不可の場合は定量での実施。
- 乳がん検診は視触診実施不要。但し、実施が必須条件の場合は実施可。
- マンモグラフィは2方向で実施。実施不可の場合は1方向で実施。
- 子宮がん検診において内診が実施不可の場合は未検査で可。
- 胃部内視鏡検査の生検費用：受診者様負担、生検結果：受診者様へ直接送付。弊社への結果送付不要。
- 予約確認書の健診コースに変更が生じた際は、必ず弊社まで連絡。

【窓口負担金】 窓口負担金なし。

↑ FAX送信方向

健康診断手配依頼書（予約代行型）

発行日 2024/12/04

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

予約ご担当者様
(813115) TEL : 0336355711
FAX : 0336355712

予約代行

一般財団法人
日本予防医学協会健診サポートセンター
TEL : 03-3635-1037
FAX : 03-3635-1091

保険者番号 12345678

団体名 サンプル健康保険組合

組織名称 サンプル株式会社 本社

2025 年度

手配書番号 : 12038131150179

実施期間 2025年01月01日 ~ 2025年04月30日

実施期間は 2024年11月21日 13:15

(受診者には 2025年01月01日 ~ 2025年03月31日 を実施期間としてご案内しております)

に更新されました

お客様ID	12345678	カルテ番号	0512345678	保険証記号-番号-枝番	1234-567890
カナ氏名	ニチヨ ハナコ	生年月日	1989年06月22日		
漢字氏名	日予 花子	性別・年齢・続柄	女 35 歳 一般本人		
住所	〒 135-0001	日中連絡先	0901234567	その他連絡先	
	東京都江東区毛利 1-19-10				

希望日

希望条件

1	2025/02/07 (金)	受診希望月	月	不都合曜日
2	2025/02/10 (月)	不都合日程		
3	2025/02/14 (金)	※希望日・希望条件で手配不可の場合、受診可能な最短日1日を確定予約日としてご記入下さい		
4	2025/02/17 (月)	確定予約日	受付時間	確定予約日のご回答期限
5	2025/02/21 (金)		[]	2024年12月11日 迄に返信をお願いします

同時受診希望者名

合計人数

人

受診者様と調整済の場合は✓→

☐ 受診者様と日程調整済

日本予防医学協会への連絡事項

ご担当者様名

希望コース名称 定期健康診断 35・37・39才男性/35才以上奇数女性

【年齢起算日 2025年04月01日】

コース項目				希望オプション
医師診察	ヘマトクリット	HbA1c		
身体計測	白血球数	尿酸		
腹囲	血小板数			
視力遠点	AST			
聴力1K4K	ALT			
血圧	γ-GT			
心電図	ALP			
胸部X線	総コレステロール			
尿蛋白	HDL-C			
尿糖	non-HDL			
尿潜血	LDL-C			
胃部X線	中性脂肪			
便潜血2回法	クレアチニン			
赤血球数	eGFR			
血色素量	血糖			

詳細につきましては、実施要綱をご確認下さい

【契約番号 05071374】

【予定番号 05114889】

【医療機関様への連絡事項】

一般財団法人
日本予防医学協会

予約確認書

(2025年度)

発行日 2025/04/18

〒135-0001 (CD: 813115)

東京都江東区毛利1-19-10 江間忠錦糸町ビル5階

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

予約ご担当者 様

FAX: 0336355712

【お問い合わせ先】

健診サポートセンター

TEL: 03-3635-1037

FAX: 03-6740-2195



団体名 サンプル健康保険組合

12345678 - 0512345678

組織名称 サンプル株式会社 本社

※受診期間延長されている場合があります

確定
予約日時 2025 / 05 / 20 (火) 10 : 30

【受診期間 2025/05/07 ~ 2025/07/31】

年齢起算日 2026/03/31

お客様ID	12345678	カルテ番号	0512345678	性別	男	年齢	54
カナ氏名	ニチヨ タロウ			生年月日	1971年(昭和46年) 12月31日		
漢字氏名	日予 太郎			保険証記号-番号-枝番		123-567890	
郵便番号	〒135-0001	住所	東京都江東区毛利1-19-10				
電話番号	09012345678						

【お願い】

- 健診コース内項目・オプション検査・自己負担金については、事前送付の【健康診断実施依頼に関するご案内】をご確認ください。
- 予約されたコースに変更が生じた場合は、上記健診サポートセンターまでご連絡をお願いいたします。コース変更時のみ予約確認書を再送いたします。
- コース内項目のキャンセル・希望オプション検査の追加/キャンセルは事前のご連絡は不要です。変更内容をご記入の上、結果返送時に本書類を同封ください。
- 受付時間変更・指定外項目(自己負担で実施の項目)についてのご連絡は不要です。

健診コース 定期健診40才以上

希望オプション ※予約時にお申し出のあった希望オプションについては、下記に記載がなくても実施してください。

眼底(両眼) 腹部超音波	下記について変更・キャンセルが生じた場合は、内容をご記入の上、結果返却時にお知らせください。 ☐ オプション検査追加 項目： ☐ オプション検査キャンセル 項目： 理由： ☐ コース内項目キャンセル 項目： 理由： ☐ 協会へのその他連絡事項 【ご担当者様名】
-----------------	--

健診結果送付先

一般財団法人日本予防医学協会 結果受取センター

〒541-0058 大阪府大阪市中央区南久宝寺町3-1-8 MPR本町ビル 12F TEL: 06-6258-2184

※本紙は、受診日から2週間以内を目処に健診結果(1部)に同封して必ずご返却ください。

一般財団法人
日本予防医学協会

ネットワーク事業部

FAX：03-3635-1025



予約確認書未着問合せ

医療機関名			
ご記入者様名		ご記入日	年 月 日

予約確認書未着受診者についてご連絡いたします。

受診者氏名カナ	生年月日（西暦）	コース名称
受診予定日 月 日	組織名称	カルテNo
受診者氏名カナ	生年月日（西暦）	コース名称
受診予定日 月 日	組織名称	カルテNo
受診者氏名カナ	生年月日（西暦）	コース名称
受診予定日 月 日	組織名称	カルテNo
受診者氏名カナ	生年月日（西暦）	コース名称
受診予定日 月 日	組織名称	カルテNo
受診者氏名カナ	生年月日（西暦）	コース名称
受診予定日 月 日	組織名称	カルテNo
受診者氏名カナ	生年月日（西暦）	コース名称
受診予定日 月 日	組織名称	カルテNo
受診者氏名カナ	生年月日（西暦）	コース名称
受診予定日 月 日	組織名称	カルテNo

- ・カルテNoは各検査コース別対象者一覧・健康診断実施依頼書(直接予約型)・健康診断手配依頼書(予約代行型)に記載されています。(不明な場合は空欄可)
- ・弊社から本書面での回答はいたしません、お問合せから通常3営業日以内に予約確認書をFAXにて送付いたします。

一般財団法人日本予防医学協会 宛

FAX 番号 06-6258-2188

送信前に下記の番号へご一報ください

TEL : 06-6258-2184



緊急医療措置報告書

下記の方について、緊急医療措置が必要と判断し受診者様に報告いたしました。

①貴医療機関名 :

②弊会医療機関コード :

8					
---	--	--	--	--	--

③ご担当者名 :

④ご連絡先 :

対象者		検査項目とそのデータ
事業所名		※医療担当者に報告しますので、 関連する項目 も合わせてご記入ください
健診日		
カナ氏名		
お客様ID		
指示内容		要医療 ・ 要精密検査
貴機関より受診者様への対応内容 対応日・手段・内容を詳しくご記入ください		対応日 月 日
弊会への連絡事項		

間違えて送信された場合、またはこのFAX用紙を受け取られた方は、お手数をおかけしますが
大至急 下記の番号までご連絡くださいますようお願い申し上げます。

一般財団法人日本予防医学協会 ネットワーク事業部 電話 06-6258-2184

『弊会記入欄』→

受取日・担当	連絡日・担当	最終確認・担当

年 月 日

一般財団法人日本予防医学協会
健康情報サービス事業部
結果受取センター 御中

貴機関名：

健康診断結果報告書 ・ 請求書ご送付について

拝啓 益々ご隆昌のこととおよろこび申し上げます。

さて、下記の書類をご送付申し上げますので、ご査収の程宜しくお願い申し上げます。

敬具

記

●健康診断結果報告書	部
●請求書（請求明細）	部

備考

--

*** 受領確認 ***

下記の通り受領確認致しました。

受領印 ①	受領印 ②

結果受取枚数
枚

請求受取部数
部

一般財団法人
日本予防医学協会
 ネットワーク事業部
 営業課 宛



FAX :
03-3635-1025

契約情報変更連絡書

登録情報に関して、下記の通り変更がございましたのでご連絡いたします。

変更日	年	月	日	記入者	
①	カナ				
	名称				
②	カナ	〒			
	住所				
③	カナ		代表TEL		
	代表者		代表FAX		
④	ホームページアドレス				
⑤	特定健診機関番号		特定健診医師名		
⑥	交通手段				
⑦	契約	カナ		TEL	
		担当者		FAX	
⑧	予約	カナ		TEL	
		担当者		FAX	
⑨	結果	カナ		TEL	
		担当者		FAX	
⑩	請求	カナ		TEL	
		担当者		FAX	
⑪	二次健診	カナ		TEL	
		担当者		FAX	
⑫	契約書類の送付先住所		〒		
⑬	振込口座	金融機関コード		金融機関名	
		店番		支店名	
		種別		口座番号	
		フリガナ 口座名義人			
⑭連絡欄					

