

ネットワーク健診 (個別健診) 実施の手引き

保存版



はじめに

この手引きは、貴機関と一般財団法人日本予防医学協会で締結した「健康診断業務委託契約書」に基づいて、予約・健診実施・健診結果報告・健診費用の精算などの健診業務フローの詳細について記載しています。



目次

01	問い合わせ先・送付先のご案内	01
02	健診フロー(実施の流れ)	
	標準モデル(直接予約)	02
	ヘルシー(直接予約型)	03
	ヘルシー(予約代行型)	04
03	各フェーズの詳細	
	①健診実施前	05
	②予約	07
	③健診実施	10
	④結果報告	11
	⑤請求・支払い	14
04	各種書面のご案内(別紙A～J)	15
05	F A Q(こんな時どうする?)	25

問い合わせ先一覧

問い合わせ内容	電話番号	受付時間
健康診断業務委託契約について	【健診サポートセンター】 医療機関専用ダイヤル 03-3635-1037	9:00～17:30 *土日祝日・ 年末年始を除く
健康診断実施内容について		
健康診断依頼書の再発行・未着について		
受診者からの結果発送の問合せについて		
結果作成について	【情報処理課】 06-6258-2184	
緊急医療措置報告について	【医療機関支払チーム】 06-6258-2168	
請求・支払について		

送付先

健診結果/請求書送付先（二次健診含む）

〒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

健康情報サービス事業部 個別健診部 宛 ☎ 06-6258-2184

契約情報変更連絡書の
FAX送信先一般財団法人日本予防医学協会
ネットワーク事業部宛

☎ 03-3635-1025

緊急医療措置報告の
FAX送信先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 個別健診部宛

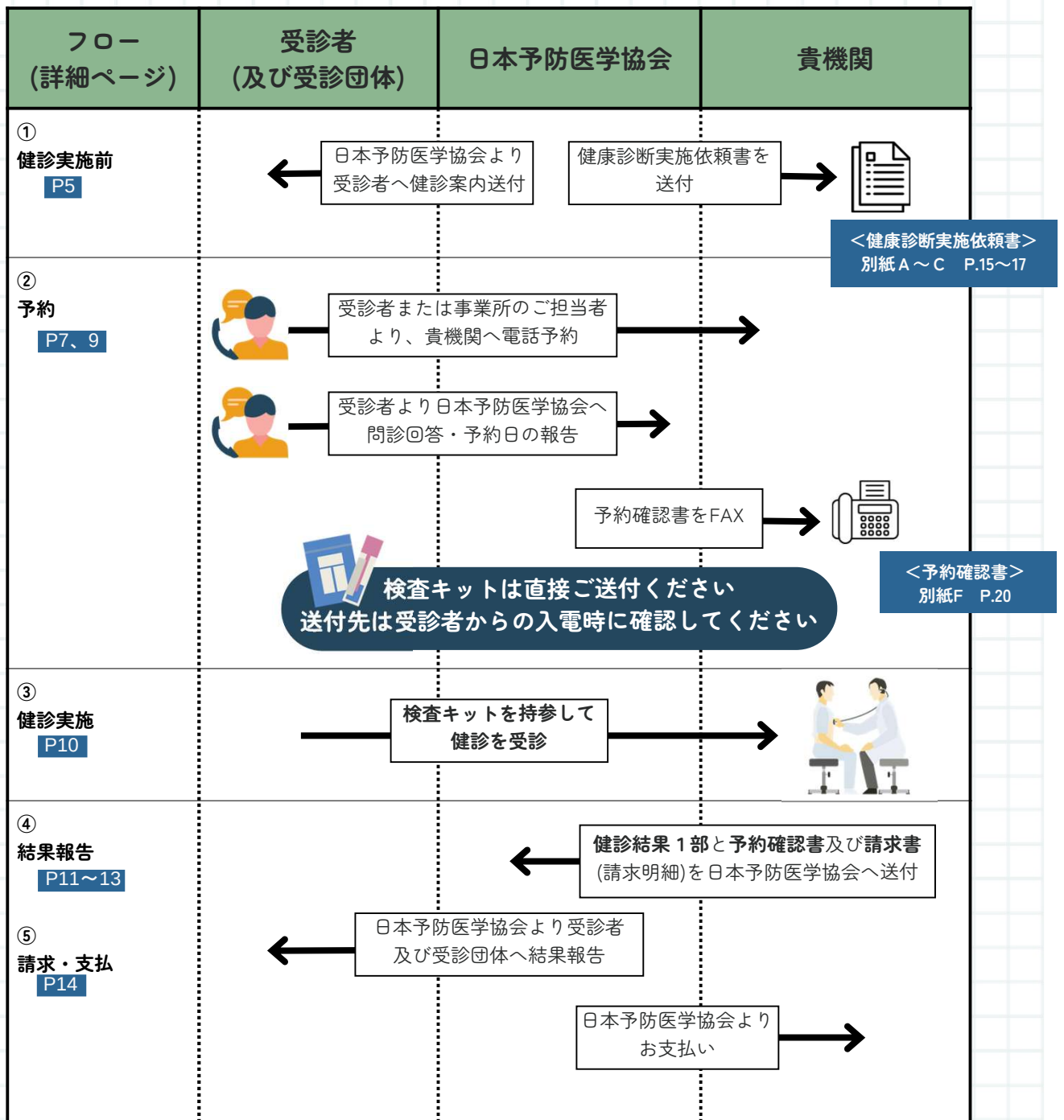
☎ 06-6258-2188

02

健診フロー(実施の流れ)

標準モデル (直接予約)

受診者の受診機関が指定されているモデルです。
受診者または事業所のご担当者から貴機関へ直接予約が入ります。



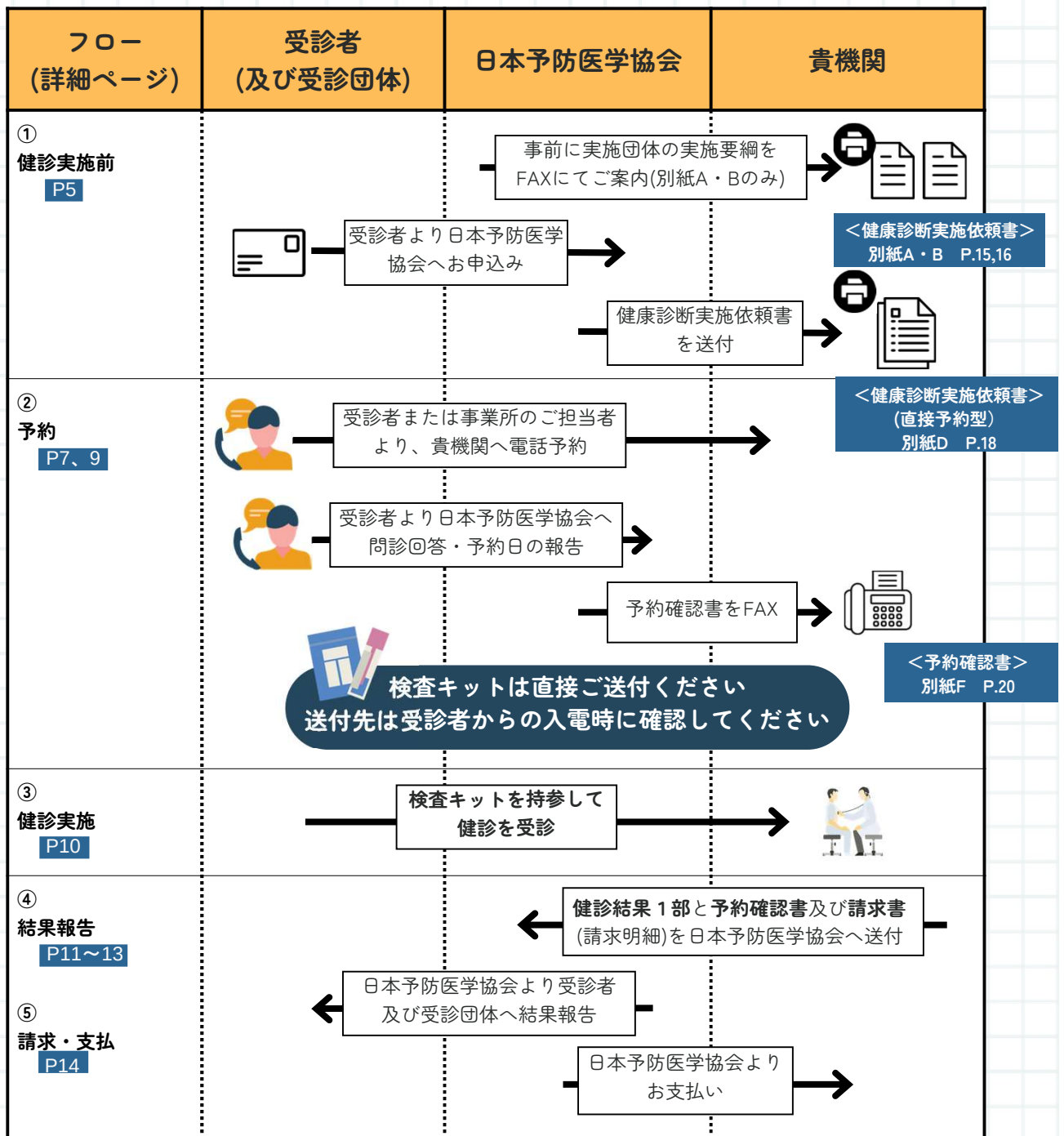
02

健診フロー(実施の流れ)

ヘルシー (直接予約型)

受診者が希望の受診機関を選択するモデルです。

受診者または事業所のご担当者から貴機関へ直接予約が入ります。

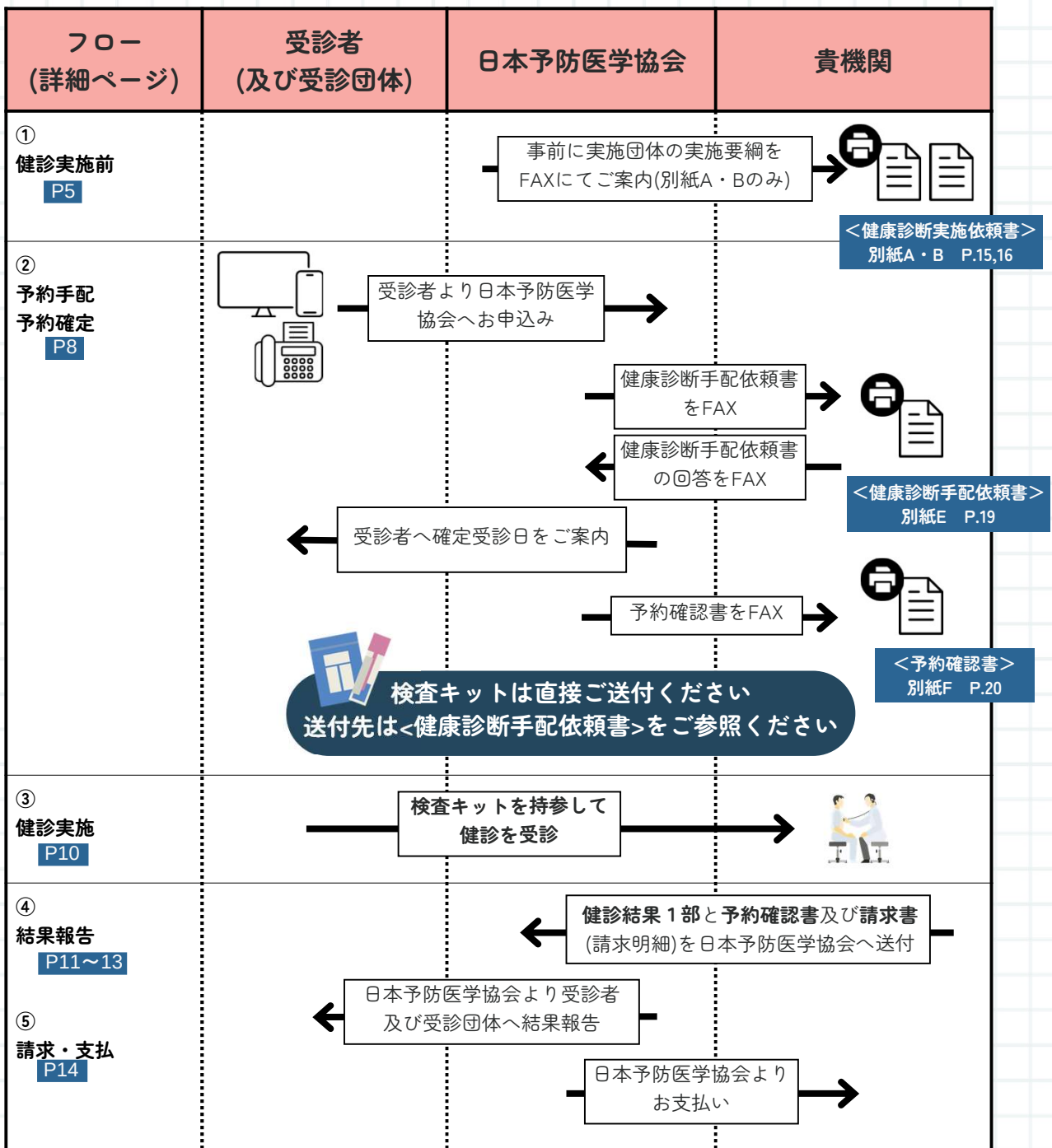


02

健診フロー(実施の流れ)

ヘルシー (予約代行型)

受診者が希望の受診機関を選択するモデルです。
 予約は、日本予防医学協会が貴機関へ代行して行います。



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
- ・窓口負担金について
- ・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

03 各フェーズの詳細

① 健診実施前

別紙
C

各検査コース別対象者一覧(P.17)の見方

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

● 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)
(000013-00000002)

【受診団体名】 日本予防医学協会 様

【全対象者数】 1名 【年齢計算日】 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。

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 ●尿糖 ●AST ●LDL-C ●赤血球数	●腹囲 ●尿ウロビリ ●ALT ●尿素窒素 ●血色素量 ●視力遠点 ●聴力1K4K ●γ-GT ●クレアチニン ●ヘマトクリット	●血圧 ●医師診察 ●総コレステロール ●eGFR ●血小坂数 ●尿蛋白 ●胸部X線 ●中性脂肪 ●血糖 ●HbA1c ●尿潜血 ●心電図 ●HDL-C ●HbA1c
【検査コース】 100 生活習慣病健診	【条件】 35才以上	
●身体計測 ●尿糖 ●便潜血2回法 ●γ-GT ●クレアチニン ●ヘマトクリット	●腹囲 ●尿ウロビリ ●心電図 ●総コレステロール ●eGFR ●血小坂数 ●視力遠点 ●聴力1K4K ●眼底(両眼) ●中性脂肪 ●血糖 ●血圧 ●医師診察 ●腹部超音波 ●HDL-C ●HbA1c ●尿蛋白 ●胸部X線 ●AST ●LDL-C ●赤血球数 ●尿潜血 ●胃部X線 ●ALT ●尿素窒素 ●血色素量	
【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		受診(予定)日	管理欄
所属名	氏名	生年月日 年齢・性別	保険証 記号
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
受診コース	受診CD 50663896 生活習慣病健診	ABC 対象外	乳エコー 対象外
住所	〒1350001 江東区毛利1-19-10 江開忠ビル2F TEL		マンモ 対象外
社員NO 009020201 管理課	サンプル ハコ サンプル 花子	1954/08/03 69・女	50 456
受診コース	受診CD 50663899 生活習慣病健診	○ * * 対象外	PSA *
住所	〒1350001 江東区毛利1-19-10 江開忠ビル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、予約確認書へ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
「○」指定項目(必須)
「*」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

- | | |
|---|---------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 日本予防医学協会の対象者か | ⇒対象者として健康診断実施依頼書が届いているか |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 窓口負担金の有無 | ⇒窓口負担金の有無は「健康診断実施依頼書」に記載有 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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

- ・ 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

健診サポートセンター
 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送信方向		健康診断手配依頼書 (予約代行)		発行日	
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 〒135-0001 東京都江東区毛利1-19-10 TEL: 03-3635-5711 FAX: 03-3635-5712		1 予約代行 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 2024年度 手配番号: 04018131150005		YYYY/MM/DD	
実施期間 YYYY年MM月DD日 ~ YYYY年MM月DD日 (受診者には YYYY年MM月DD日 ~ YYYY年MM月DD日 と実施期間としてご案内しております)		実施期間: YYYY年MM月DD日hh:mm に変更されました			
お客様ID	31000000	カルテ番号	0011111111	保険証記号・番号・種別	11-123456-78
カナ氏名	ケンシン ハアコ	生年月日	1973年1月1日		
漢字氏名	健診 花子	性別・年齢・続柄	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				
1	YYYY/MM/DD(aa)	希望条件	6 月	不都合曜日	月水金
2	YYYY/MM/DD(aa)	受診希望月	6 月	不都合曜日	月水金
3	YYYY/MM/DD(aa)	不都合日程	YYYY/MM/DD(aa)	YYYY/MM/DD(aa)	
4	YYYY/MM/DD(aa)	確定予約日	交付時間	確定予約日のご回答期限	YYYY/MM/DD
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、実施期間内で受診可能な日程にてご予約いただくか、受診者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、健康診断手配依頼書に記載の住所をご確認ください。

健診サポートセンター
FAX送付先: 03-6740-2195

②予約-3 受診日確定後の流れ（全モデル）

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

※結果報告の際、必ず同封してください。

「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.窓口負担金

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

- 以下の内容を「予約確認書」へご記入ください。
オプション検査追加、オプション検査キャンセル、コース内項目キャンセル、
協会へのその他連絡事項
- **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、乳がん検査結果としてお取り扱いできません。
- 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、子宮がん検査結果としてお取り扱いできません。
- 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線検査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、健康診断実施依頼書に「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、必ず受診者へご連絡いただくとともに日本予防医学協会へも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

健康情報サービス事業部 個別健診部
⇒ FAX送信先: 06-6258-2188

03

各フェーズの詳細


④結果報告-1

個別健診の結果報告は、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

貴機関	日本予防医学協会
<input type="checkbox"/> 貴機関の結果報告書 1部 <input type="checkbox"/> 予約確認書 <input type="checkbox"/> 請求書及び請求明細書	

人間ドック・脳ドック 結果報告について

貴機関	受診者	日本予防医学協会
<input type="checkbox"/> 人間ドック・脳ドック結果報告書 (貴機関仕様)		
<input type="checkbox"/> 人間ドック・脳ドック結果報告書 1部 (貴機関仕様) <input type="checkbox"/> 予約確認書 <input type="checkbox"/> 請求書及び請求明細書		

貴機関へのお願い

- 健診結果報告書を日本予防医学協会へ送付する際、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、必ずダブル読影をお願いします。
- 一部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、受診者、契約団体への報告が貴機関の判定と相違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。

<p style="text-align: center;">発送先</p>	<p>〒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</p> <p>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 個別健診部 TEL：06-6258-2184</p>
<p style="text-align: center;">同封物</p>	<p><input type="checkbox"/>送付状(貴機関仕様、もしくは別紙) P.23</p> <p><input type="checkbox"/>予約確認書</p> <p><input type="checkbox"/>結果報告書</p> <p><input type="checkbox"/>請求書(請求明細)</p>



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 ⇒ ご本人へ直接送付ください。

*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

個人情報保護法の改正により、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

契約外項目の結果報告、費用精算は貴機関と受診者で直接行ってください。
日本予防医学協会からは結果報告及び費用精算はいたしません。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。結果報告書に契約外項目を記載される場合には、結果報告書もしくは「予約確認書」に個人負担で実施と記載（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
検尿は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ず、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が、以下①～⑤の項目を記載してください。

※インボイス登録されている場合は、上記に合わせて⑥～⑨も必須となります。

4 受診日	5 団体名	氏名	コース	金額(税込)	
11月1日	日本健康株式会社	日予 花子	生活習慣病 腹部エコー(オプション) 胃腸X線(オプション) 乳腺エコー(オプション) 自己負担金	¥25,850 ¥4,235 ¥10,010 ¥3,850 ¥-0,000	
			小計	¥40,945	
11月15日	東京健康運輸	日予 太郎	大腸内視鏡 検査費(*)	¥11,000 ¥378	
			小計	¥11,378	
7 8%対象				合計金額(税込) 内、消費税	¥378 ¥28
8 10%対象				合計金額(税込) 内、消費税	¥31,945 ¥5,287
9 軽減税率対象(*)				軽減税率対象(*)	

上記のとおり、ご請求申し上げます。

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 〇〇会

- 宛名は「一般財団法人 日本予防医学協会」または「(一財) 日本予防医学協会」
- 事業者の氏名または名称
- 個人毎の単価及び請求金額の合計
- 取引年月日(受診日)
- 受診者氏名(及び所属する団体名)、取引内容(定期健診や●●検査費用等)
- インボイス登録番号
- 税率ごとに区分して合計した金額(税抜合計または税込合計)及び適用税率
- 税率ごとに区分した消費税額等
- 軽減税率の対象品目の明記

窓口負担金について

- 一部受診者が負担する費用は、『健康診断実施依頼に関するご案内』の注意事項に記載の金額を健診当日に窓口にて受診者から徴収してください。
※「予約確認書」に窓口負担金の記載はありません。
- 全ての窓口負担金は、税込の金額で表示しています。
- 請求書作成時、受診者より徴収した窓口負担金額分を健診費用の総額より控除の上、ご請求ください。

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。

医療法人●●病院

予約ご担当者様

健康診断依頼書 在中

CD : 813115

別送 医

発行日 : yyyy年mm月dd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	20XX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	20XX年04月01日 から 20XX年03月31日 (受診者には 20XX年04月01日 から 20XX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 健康情報サービス事業部 個別健診部 TEL 06-6258-2184 FAX 06-6258-2188

発行日： yyyy年mm月dd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（20XX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】 20XX/3/31
 【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
●血圧	●医師診察	●総コレステロール	●eGFR
●血圧	●医師診察	●総コレステロール	●血小板数
●握力	●握力	●握力	●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	●血小板数	●ABC検診	●赤血球数
●骨測定	●握力	●握力	●骨量対最大比
●HbA1c	●HbA1c	●HbA1c	●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

● 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：yyyy年mm月dd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	●血圧
●尿糖	●尿ウロビリ	●聴力1K4K	●医師診察
●便潜血2回法	●心電図	●眼底(両眼)	●腹部超音波
●γ-GT	●総コレステロール	●中性脂肪	●HDL-C
●クレアチニン	●eGFR	●血糖	●HbA1c
●ヘマトクリット	●血小板数	●ABC検診	●一秒量
●骨測定	●握力		
			●尿蛋白
			●胸部X線
			●AST
			●LDL-C
			●赤血球数
			●骨量対最大比
			●尿潜血
			●胃部X線
			●ALT
			●尿素窒素
			●血色素量
			●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

発行枚数 枚

健康診断実施依頼書（直接予約型）

発行日 2025/03/22

(CD:)

医療法人●●病院

予約ご担当者 様 FAX:

一般社団法人
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

保険者番号 12345678

依頼書番号: 012881211600001

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

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 05073530
予定番号 05118462実施期間 2025年04月01日 ~ 2025年08月31日 実施期間は 2025年03月17日 18:07
(受診者には 2025年04月01日~ 2025年08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	0510000001	保険証記号-番号-枝番	1234-5678	
カナ氏名	ニチヨ ハナコ	生年月日		1977/12/06		
漢字氏名	日予 花子	性別		女	年齢 57	
郵便番号	〒 135-0001	住所(※)		東京都江東区毛利1-19-10		
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: 002050 定期健診B・C

●: 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	●	乳房超音波	▲	赤血球数	●		
身体計測	●	マンモグラフィ		血色素量	●		
腹囲	●			ヘマトクリット	●		
視力遠点	●			白血球数	●		
眼底(両眼)	●			血小板数	●		
聴力1K4K	●			AST	●		
血圧	●			ALT	●		
心電図	●			γ-GT	●		
胸部X線	●			総ビリルビン	●		
尿蛋白	●			HDL-C	●		
尿糖	●			LDL-C	●		
尿潜血	●			中性脂肪	●		
便潜血2回法	●			クレアチニン	●		
胃部内視鏡				血糖	●		
腹部超音波	▲			HbA1c	●		
子宮内診	▲			尿酸	●		
子宮頸部細胞診	▲			ABC検診			

【連絡事項】

- 胃がんリスク層別化検査(ABC検診)についてはペプシノーゲン+ピロリ菌の測定値とABC分類及び判定を返却。ABC分類不可の場合は、それぞれの測定値及び判定を返却。
- 胃がん検査は、【ABC検診】または【胃部内視鏡】のどちらか一方の選択実施。胃部内視鏡の生検費用: 受診者様負担、生検結果: 受診者様へ直接送付。弊会への結果送付不要。
- 乳がん検診は【マンモグラフィ】もしくは【乳房超音波】のどちらか一方の選択制。(視触診の実施が必須条件の場合は実施可)
- 肝炎検査は定性で実施。不可の場合は定量で実施。
- 眼底が実施不可の場合は未検査で可。

【基本負担金(税込)】

- ・34才以下・36~39才: ¥無料
- ・35才・40才以上: ¥1,000-

【各希望検査項目・窓口負担金(税込)】

- ・消化器検査(35才・40才↑)
- ・ABC検診(ペプシノーゲン+ピロリIgG抗体): ¥500-または胃カメラ: ¥5,000-
- ・腹部超音波(35才・40才↑): ¥1,000-
- ・肝炎検査(35才・45才・55才): ¥500-
- ・PSA(50才↑男性): ¥500-
- ・子宮頸部細胞診+内診: 無料
- ・乳がん検査: 【乳房超音波】または【マンモグラフィ】: 無料

発行枚数

枚

健康診断手配依頼書（予約代行型）

↑↑↑FAX送信方向↑↑↑

発行日 2025/03/15

医療法人●●病院

予約ご担当者

様

TEL :

FAX :

保険者番号 06273262

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

予約代行

一般社団法人
日本予防医学協会

健診サポートセンター

TEL : 03-3635-1037

FAX : 03-6740-2195

YYYY 年度

手配書番号 : 03148131150764

実施期間 2025年04月04日 ~ 2025年07月31日

実施期間は 2025年03月13日 09:24

(受診者には 2025年04月04日 ~ 2025年07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	05100000001	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	1964年07月21日		
漢字氏名	日予 花子	性別・年齢・続柄	女	61 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	2025/04/14 (月)	受診希望月	月	不都合曜日	
2	2025/04/15 (火)	不都合日程			
3	2025/04/21 (月)	※希望日・希望条件で手配不可の場合、受診可能な最短期日1日を確定予約日としてご記入下さい			
4	2025/05/09 (金)	確定予約日	受付時間	確定予約日のご回答期限	
5	2025/05/12 (月)		[]	2025年03月25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 定健(45除く41-49男女55・65除く51↑奇数女性)

【年齢起算日 2026年03月31日】

コース項目	希望オプション		
医師診察	ヘマトクリット	尿酸	胸部内視鏡(経口) 内診+子宮頸部細胞診 マンモグラフィ
身体計測	白血球数		
腹囲	AST		
視力遠点	ALT		
聴力1K4K	γ-GT		
血圧	LDH		
心電図	総ビリルビン		
胸部X線	総蛋白		
尿蛋白	HDL-C		
尿糖	LDL-C		
尿潜血	中性脂肪		
尿ウロビリ	クレアチニン		
便潜血2回法	尿素窒素		
赤血球数	血糖		
血色素量	HbA1c		

詳細につきましては、実施要綱をご確認下さい

【契約番号 05073778】

【予定番号 05118940】

【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

(20XX 年度)

発行日 yyyy年mm月dd日

医療法人●●病院

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 20XX / 05 / 20 (火) 10 : 30【受診期間 20XX/04/01 ~ 20XX/03/31】
年齢起算日 20XX/3/31

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)	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。 <input type="checkbox"/> オプション検査追加 項目： <input type="checkbox"/> オプション検査キャンセル 項目： 理由： <input type="checkbox"/> コース内項目キャンセル 項目： 理由： <input type="checkbox"/> 協会へのその他連絡事項
腹部超音波	
	【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 健康情報サービス事業部 個別健診部

〒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。

併
会
使
用
十

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

または 03-3635-1091

予約確認書未着問合せ

※太枠内をすべてご記入ください。

医療機関名 ※必ずご記入ください。			
ご連絡先：TEL	—	—	※確認事項がある場合のみご連絡差し上げます。
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)

・弊会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にて送信いたします。

一般財団法人日本予防医学協会 宛

F A X 番号 06-6258-2188

送信後に下記の番号へご一報ください

TEL : 06-6258-2184



(この用紙をコピーしてご利用ください)

一般財団法人
日本予防医学協会

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貴会医療機関コード :

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、 <u>関連する項目</u> 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 健康情報サービス事業部 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
個別健診部 宛

貴機関名：

送付状

<送付書類内容および件数>

書類名	枚数
<input type="checkbox"/> 予約確認書	名
<input type="checkbox"/> 健康診断結果報告書	名
<input type="checkbox"/> 請求書（請求明細）	部

備考

--

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 代表者			代表TEL	
				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 担当者			TEL	
				FAX	
⑧	予約 担当者			TEL	
				FAX	
⑨	結果 担当者			TEL	
				FAX	
⑩	請求 担当者			TEL	
				FAX	
⑪	二次 健診 担当者			TEL	
				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					

【問合せ先】 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 TEL: 03-3635-1437

Q

受診者と連絡を取りたいので連絡先を教えてください。

A

原則、日本予防医学協会から連絡先をお伝えすることはしていません。恐れ入りますが、連絡先等の情報は必ず予約時に確認して頂くようお願いいたします。

Q

受診期間内に予約が取れない。受診期間延長は可能？

A

契約団体に確認が必要となります。予約を確定させる前に必ず健診サポートセンターへお問い合わせください。

※健診サポートセンター/医療機関専用ダイヤル TEL:03-3635-1037

Q

受診者が依頼にない項目を希望している。受診可能？

A

日本予防医学協会からの依頼項目以外は実施できません。ご希望される場合は、契約外項目としてお取扱いをお願いいたします。※契約外項目については、P.13「契約外項目について」をご確認ください。

Q

受診者が胃部X線を、胃部内視鏡に変更したいと希望している

A

胃部検査の変更可否は、「健康診断実施依頼書」の実施要綱に記載しておりますのでご確認をお願いいたします。

Q

契約内容(担当者・発送先住所・振込口座)が変わった

A

ご契約内容に変更が生じた場合は、「契約情報変更連絡書」に記載のうえ、FAXにてお知らせください。(P.25 別紙J参照)

※ネットワーク事業部 (FAX: 03-3635-1025)

Q

受診者から結果発送はいつになるか問い合わせがあった

A

健診結果は日本予防医学協会からの報告となりますので、受診者へ健診サポートセンターまでご連絡いただくようお願いください。

※契約団体により問合せ先電話番号は異なります。受診者へ「健診のご案内」を確認いただくようお願いください。

医療機関様からのお問い合わせは下記の専用ダイヤルへお願いいたします。

(健診サポートセンター/医療機関専用ダイヤル TEL：03-3635-1037)

Q

人間ドックの依頼項目内容が違う

A

人間ドックの依頼書の項目はサンプルです。貴機関の日帰り人間ドックコースの項目で実施して頂くようお願いいたします。

Q

「予約確認書」が届かない

A

受診者が日本予防医学協会へ予約日の報告及び問診の回答をしていない可能性がございます。結果報告の際に必要となりますので「予約確認書」未着の場合は「予約確認書未着問合せ」フォーム（別紙G参照）にてご連絡ください。お申込み状況を確認し、送付させていただきます。

Q

「予約確認書」の内容に変更が生じた

A

コース変更時のみ事前にお知らせください。予約確認書を再送いたします。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。



