

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	● $\gamma$ -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)	●AST
● $\gamma$ -GT	●総コレステロール	●中性脂肪	●LDL-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	●握力	●骨量対最大比
●尿潜血	●胃腸X線	●ALT	●尿素窒素
●尿潜血	●胃腸X線	●ALT	●血色素量
●骨量対最大比	●骨量対同年比	●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

## ● 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	●尿潜血
		●胸部X線	●胃部X線
		●AST	●ALT
		●LDL-C	●尿素窒素
		●赤血球数	●血色素量
		●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

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: 01288121160001

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	051000000001	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

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

&lt;送付書類内容および件数&gt;

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