

広島共立病院 健診センター
広島市安佐南区中須2丁目20-20
【電話】 082-879-1223
【FAX】 082-879-6891

拝啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。
平素より広島共立病院健診センターをご利用いただきありがとうございます。

2024年度の全国健康保険協会生活習慣病予防健診のお申し込み時期がまいりました。
例年通り、2024年度の予約もFAXにてお申し込みをお受けいたします。

FAXの受付は随時行っています。
日程の決定については、3月以降準備が整いましたらFAXにて差し上げます。
FAXをいただいた順での日程の決定になりますので、記入漏れ等のないようお申し込みをお願いいたします。

※2月22日(金)付のFAXより受付開始します【厳守】

受付開始以前のFAXはお返しさせていただきます。

対象は、協会けんぽの被保険者（ご本人）で2024年度年度末年齢35歳から74歳の方。
協会けんぽの補助が受けられるのは、年度内1回限りです。

健診の種類	対象者(年度末年齢)
一般健診	35歳から74歳の方
付加健診	40、45、50、55、60、65、70歳の方
乳がん検診	40歳～74歳の偶数年齢女性
子宮頸がん検診	36歳～74歳の偶数年齢女性
子宮頸がん検診 (単独受診)	20歳～38歳の偶数年齢女性の方

検査実施曜日(希望日を記入の際ご注意ください)

乳腺エコー	水・木・金・土(※)
子宮がん検診	月・火(※)・水・木・金・土(※)
眼圧	月(※)火(※)・木(※)

(※)午前中のみ

- ・上記以外の検査は毎日実施しております。(胃検査・腹部エコーは午前中のみ)
- ・胃の検査にバリウム、オプションに腹部エコーをご希望の方は
4～5月が比較のご予約が取りやすいです。

★必ずご確認ください★

○胃カメラ枠は2023年度より減少しております。数に限りがございますのでご希望に添えないことがあります。胃カメラ枠が上限に達しましたらお断りのご連絡をさせていただきます。また、金曜日は胃カメラの予約はお受けできません。

※2024年10月から土曜日の健診は休診となる予定のため、現在はお予約をお取りしていません。

○毎月第3金曜日(午前・午後)は女性健診デーです。※医師、職員は男性もいます。

全国健康保険協会生活習慣病予防健診お申し込み事業所様

お送りしたものは…

- ・ 本状
- ・ 広島共立病院 協会けんぽ申込票
- ・ 広島共立病院 協会けんぽ申込書個人
- ・ 広島共立病院 協会けんぽ申込書個人票「記入例」
- ・ 結果の控えについて
- ・ 結果の控え見本

の6枚です。ご確認ください

全国健康保険協会生活習慣病予防健診予約要領

(広島共立病院健診センターでお受けいただく場合の要領です)

1) 事業所様にて広島共立病院健診センターで受診される方にとりまとめをお願いします。

2) 広島共立病院あてファックスにてお申し込みください。

次の3点を送信してください。…記入方法は本状および「記入例」をご参照ください。

・「広島共立病院 協会けんぽ申込票」

返信①

・「広島共立病院 協会けんぽ申込書個人票」

返信②

→2023年度のご受診リストをもとに記載しています。

訂正・追加記入の上、送信してください。(記入例ありますので、ご参照ください。)

退職された方など、御社にお勤めでない方が記載されていた場合は二重線で訂正し、「退職」とご記入ください。

・「結果の控えについて」

返信③

3) 受診日が確定しましたら当健診センターよりファックスにてご連絡します。(3月以降)

※お申し込みをいただいた順番にご予約をおとりしますが、ファックスの返信までに1週間程度かかる場合がございますのでご了承ください。尚、お申し込みから1週間を経過しても受診日決定のファックスが届かないようであればご連絡ください。

4) 当健診センターより予約確認書・委任状(ご希望の会社様のみ)をお送りいたします。内容の確認をお願いいたします。

5) 受診日が近づきましたら当健診センターより問診票などをお送りいたします。

広島共立病院 健診センター

【TEL】 082-879-1223

【FAX】 082-879-6891

月～金 8:30～17:00
土 8:30～12:30

(終日受信可能)

		企業コード	
フリガナ		ご担当者様	
事業所名			
ご担当者様連絡先	TEL :	FAX :	

※日程はご担当者様にFAXにてお送りします

送信枚数{本状を含めて) 枚

(A) 住 所	〒		
電話番号		F A X	

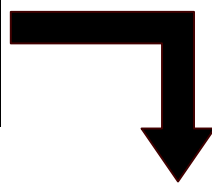
支払い方法	・ 窓口で受診者様がお支払い ・ 後日請求 ・ その他 ()
ご希望など	

★記入漏れがあった場合、こちらからお問い合わせをいたします。
確認できるまでご予約をお取りできません。記入漏れのないようご注意ください。

郵送先の確認

A住所以外へ郵送希望書類に○をつけて下さい。

予約確認書	
問診	
請求書	
結果の控え	



郵送先住所をご記入ください

〒 ー (事業所 ・ 自宅)

★次の3点をファックスでお送りください★

Fax 082-879-6891

- ・広島共立病院 協会けんぽ申込票
- ・広島共立病院 協会けんぽ申込票個人票
- ・結果の控えについて

返信①

返信②

返信③

病院記載欄	結果控え		
	希望なし	法定健診のみ希望	すべての項目希望

↓○を付けてください↓

新規申し込み ・ 変更 ・ キャンセル

※太枠内
記入必須

事業所名称

電話番号:

FAX番号:

病院記載欄	スキャナー		企業コード	
	/			
	読み合わせ		FAX送信日	FAX受信日
	/			
	確認書印刷		番号	
/				

健康保険被保険者証の 保険者番号		広島共立病院健診センターへの申込人数							総人数				
健康保険被保険者証の 記号													
健康保険証の 番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日 (年度末年齢)	希望する健診の種類 いずれかを○で囲んでください					ご希望日	オプション希望など	前年度受診日	決定日	カルテ番号
				一般 健診	付加 健診	バリウム ・ 胃カメラ ・ 胃検査なし	乳がん 検診 (MMG のみ)	子宮頸がん 検診	月 日				組・ 非
				一般 健診	付加 健診	バリウム ・ 胃カメラ ・ 胃検査なし	乳がん 検診 (MMG のみ)	子宮頸がん 検診	月 日				組・ 非
				一般 健診	付加 健診	バリウム ・ 胃カメラ ・ 胃検査なし	乳がん 検診 (MMG のみ)	子宮頸がん 検診	月 日				組・ 非
				一般 健診	付加 健診	バリウム ・ 胃カメラ ・ 胃検査なし	乳がん 検診 (MMG のみ)	子宮頸がん 検診	月 日				組・ 非
				一般 健診	付加 健診	バリウム ・ 胃カメラ ・ 胃検査なし	乳がん 検診 (MMG のみ)	子宮頸がん 検診	月 日				組・ 非
				一般 健診	付加 健診	バリウム ・ 胃カメラ ・ 胃検査なし	乳がん 検診 (MMG のみ)	子宮頸がん 検診	月 日				組・ 非
												病院記載欄	

必ず記入
してください

お名前が
変わられた
場合は旧
姓もご記入
ください

協会けんぽ一般健診の対象は35歳以上です。
34歳以下の方はコース名もご記入ください。
・付加健診→年度末年齢が40・45・50・55・60・65歳の方
・乳(40歳以上)→年度末年齢が偶数の方
・子宮(20歳以上)→年度末年齢が偶数の方
※付加・乳・子→協会対象外の方は自費です。

希望オプション(乳エコーなど)、希望月・
曜日など記入してください。

問診郵送

/

全員の番号を必ずご記入ください。予約時点で保険証の発行手続き中等で番号がわからない場合はわかり次第ご連絡ください。

記入例

健康保険被保険者証の 保険者番号	01234567	広島共立病院健診センターへの申込人数		総人数						
健康保険被保険者証の 記号	123			4						
健康保険証の 番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日 (年度末年齢)	希望する健診の種類 いずれかを○で囲んでください			ご希望日	ご希望など	前年度受診日	
12	共立 太郎	男	昭和27年1月2日 (72)	一般 健診	付加 健診	バリウム ・ 胃カメラ ・ 胃検査なし	乳がん 検診 (MMG のみ)	子宮頸が ん 検診	月 日	水曜日希望
15	広島 花子	女	昭和39年3月4日 (60)	一般 健診	付加 健診	バリウム ・ 胃カメラ ・ 胃検査なし	乳がん 検診 (MMG のみ)	子宮頸が ん 検診	月 日	9月希望
113	中須 きく	女	昭和56年5月6日 (42)	一般 健診	付加 健診	バリウム ・ 胃カメラ ・ 胃検査なし	乳がん 検診 (MMG のみ)	子宮頸が ん 検診	月 日	乳エコー希望
123	安佐 吾郎	男	昭和48年7月8日 (50)	一般 健診	付加 健診	バリウム ・ 胃カメラ ・ 胃検査なし	乳がん 検診 (MMG のみ)	子宮頸が ん 検診	月 日	水曜日以外

希望月、希望日などあればご記入ください。

広島共立病院以外で受診される方がいらっしゃる場合、個人情報保護のため二重線等でその方の行が見えないようにしてお送りください。

☆希望のオプションがあればご記入ください。前年度と同じオプションを希望の場合も全てご記入ください。内容によっては曜日・日数に限りがあります。

お願い

毎年多くの事業所様よりお申し込みがあり、ご希望の日程でおとりできないことがあります。この場合、誠に勝手ながらひとまず当方で日程を決めさせていただきたいと思っています。

胃カメラのご希望は多く、例年予約が取りにくい状況になっています。

オプション料金

・胃カメラ変更料	一律	2,200円
・マンモグラフィ	組合員	4,400円
	非組合員	6,600円
・乳エコー	組合員	3,850円
	非組合員	5,500円
・子宮頸がん検診	組合員	4,400円
	非組合員	6,600円

2024年度
結果の控えについて

返信③

①結果の控えが必要ですか (☑をつけてください)

☐はい

②へ進んでください

☐いいえ

この用紙を申込書と一緒にFAXください。

②控えの健診項目はどこまでご希望ですか (☑をつけてください)

☐結果控えは法定健診のみ
希望 (別紙①参照)

委任状の提出は**不要**です。下記を記載の上、この用紙をFAXください。

ご記入ください

☐結果の控えは健診項目
すべてを希望
(別紙②参照)

受診者様各々の委任状の提出が**必要**です。この用紙をFAXください。後日委任状の様式を郵送いたします。記載の上、原本を郵送またはご持参ください。

企業コード

〈郵送先を左記住所以外でご希望の場合はご記入ください〉

〈事業所主〉

住所 〒 -

住所 〒 -

事業所名

事業所名

電話番号

電話番号

別紙①

※法定健診のみの控え【委任状不要】

コース

所属

団体

カルテ番号

協会けんぽ(一般・胃カメラ)

全国健康保険協会 広島支部

株式会社〇〇

9807025

健康診断結果報告書

氏名		共立 太郎		生年月日	昭和27年1月2日		健診年月日	令和5年4月2日	
				性別	男		年齢	71 歳	
業務歴					血 圧 (mmHg)		/		
既往歴					貧血検査	血色素量 (g/dl)			
						赤血球数 (万/mm ³)			
自覚症状					肝機能検査	GOT (IU/l)			
						GPT (IU/l)			
						γ-GTP (IU/l)			
他覚症状					血中脂質検査	LDLコレステロール (mg/dl)			
						HDLコレステロール (mg/dl)			
						トリグリセライド* (mg/dl)			
身長(cm)					血糖検査	空腹時 (mg/dl)			
体重(kg)						随時			
BMI					HbA1c (%)				
腹囲(cm)					尿検査	糖			
						蛋白			
視力	右	()			心電図検査				
	左	()							
聴力	右	1000Hz				備考			
		4000Hz							
	左	1000Hz							
		4000Hz							
	会話法								
胸部X線検査		直接			判定医		広島共立病院 中増 昭久 (印)		

備考

- 1 労働安全衛生規則第43条、第47条若しくは第48条の雇入時の健康診断又は労働安全衛生法第66条第4項の健康診断を行ったときに用いること。
- 2 BMIは、次の算式により算出すること。BMI＝体重(kg)/身長(m)*2
- 3 「視力」の欄は、矯正していない場合は()外に、矯正している場合は()内に記入すること。

※健診項目すべての控え【委任状必要】

別紙②

広島市安佐南区中須2丁目20-20 電話:082-879-1223

兼

令和5年4月2日
協会けんぽ（一般・胃カメ） 広島支部
全国健康保険協会 広島支部
株式会社○○
9807025
昭和27年1月2日

総合判定

腺 腺

その他	
骨密度	
子宮	
甲状腺	
乳腺	
便潜血	
腫瘍マーカー	
血清反応	
痛風	
降糖能	
肝機能	
糖代謝	
脂質	
貧血ほか	
腎・尿路	
肺機能	
腹部超音波	
胃検査	
心電図	
胸部レントゲン	
眼科	
聴力	
血圧	
身体測定	
診察	

診療	今回	前回

身体測定	身長	基準値	今回	前回
	体重			
	標準体重			
	BMI			
血圧	最大血圧			
	最小血圧			
聴力	オーディオ	1000Hz	右	左
	全話法	4000Hz	右	左
視力	裸眼	右	左	右
	矯正	右	左	右
眼底	右	左	右	左

心電図	部位	所見	前回
心電図			

項目	今回	前回
胃検査		
バリウム	バリウム	
肺活量 96肺活量 一秒重 96一秒重 一秒重 肺年齢		

	基準値	今回	前回
白血球			
赤血球			
血色素量			
Hct(%)			
MCV			
MCH			
MCHC			
血小板数			
Neut(好中球)			
白Eosino(好酸球)			
Baso(好塩基球)			
分 Mono(単球)			
Lympho(リンパ球)			
ABO			
血型 Rh			

脂質			
総コレステロール			
中性脂肪			
HDLコレステロール			
LDLコレステロール			

空腹時血糖	隨時血糖	糖代謝
HbA1c (JDS)	HbA1c (NGSP)	尿糖

AST(GOT) ALT(GPT) γ-GTP 総蛋白 アルブミン A/G比 α1分画 α2分画 β分画 γ分画 A/G分画 アルブミン分画 総ビリルビン 直接ビリルビン ALP ZTT TTT LD LAP コリエステラーゼ HBs抗原 HBs抗体(PA) HBs抗体(PHA) HCV抗体			
---	--	--	--

尿検査	7ミューゼ			
尿糖				
痛風				
血清反応	CRP			
	RF 定量			
	梅毒 RPR			
	梅毒 TPAb			
腫瘍マーカー	PSA (前立腺)			
	CEA (消化器)			
	CA19-9 (消化器)			
	CA125 (卵巣)			
	AFP (肝臓)			

基本値	
前回	
今回	

クレアチニン		
尿素窒素		
α-GFR		
尿蛋白		
クレアチノーゼン		
尿ビリルビン		
タンパク		
比重		
pH		
沈渣		
赤血球		
白血球		
扁平上皮		
細菌		

便潜血	1回目	2回目

今回		前回	
右			
左			
超音波			
乳腺	右		
	左		
	左		
	右		
視触診	右		
	左		

基準値		今回	
甲状腺			
TSH	**基準 TSH 1		
音響的骨評価値			
骨密度	別若年平均比		

判定区分

- 1 今回の健診では特に異常所見はありません。
- 2 わずかな異常を認めますが、日常生活には差し支えありません。
- 3 異常を認めますが、生活習慣を改善する必要があります。
- 4 治療が必要ですが、医師の指示に従ってください。
- 5 異常を認めますが、毎朝検査または精密検査を受けてください。
- 6 主治医の指示に従って、治療を継続して下さい。

- 結果の赤字は高値、青字は低値を表します
- 健診の基準値は、「予防」の観点から診断のための基準とは異なる設定になっています。
- 結果について、ご不明な点がありましたらお問い合わせ下さい(082-879-1223)。

産業医判定	A 異状なし B 要自己管理 C 要受診 D 要受診確認 E 要産業医面談	産業医印
就業判定	通常業務 就業制限 要休業	

健康診断結果報告書(すべての健診項目)をご希望の方は委任状の提出をお願いします。

下記の健診結果の委任状に希望者の方のお名前を記入頂き、広島共立病院・健診センターまで

原本をご郵送または健診当日ご持参ください。

FAXは不可です。健診結果が全て整い次第、ご郵送いたします。

健診結果の委任状

2024年度

お名前	生年月日			印鑑またはサイン
	S・H	年	月	日
	S・H	年	月	日
	S・H	年	月	日
	S・H	年	月	日
	S・H	年	月	日
	S・H	年	月	日
	S・H	年	月	日
	S・H	年	月	日

年 月 日

企業コード

〈郵送先を左記住所以外でご希望の場合はご記入ください〉

〈事業所主〉

住所 〒

住所 〒

事業所名

事業所名

電話番号

電話番号