

健診ご担当者様

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

## 【2026年度 全国健康保険協会生活習慣病予防健診のお申し込みについて】

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。

例年通り、2026年度のご予約をFAXにてお申し込みをお受けいたします。  
2026年度より、協会けんぽ健診の内容が変更となっています。別紙を参照の上、ご予約ください。

2月24日（火）付のFAXより受付開始します【厳守】  
受付開始以前のFAXは破棄させていただきます。

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票
- ・広島共立病院 協会けんぽ申込書個人票 「記入例」
- ・2026年度 協会けんぽ健診のご案内

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

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のとりまとめをお願いします。

2) 広島共立病院健診センターまでに、ファックスにてお申し込みください。

※当院専用の申し込み票を必ずご利用ください。

- ・「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票」

返信①

返信②

3) 当健診センターより予約確認書を郵送いたします。健診内容の確認・お支払い料金の確認を必ずお願いいたします。

※お申し込みをいただいた順番にご予約をおとりします。予約確認書の郵送には1カ月程度お時間がかかります。  
1カ月たっても確認書が届かない場合は、ご連絡ください。

FAXでの健康診断決定日のご連絡は行いませんのでご了承ください。

4) 健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。

※健診キットは各事業所様に郵送させていただきます。個人への個別郵送はできません。

		企業コード (病院記入欄)	
フリガナ		ご担当者様	
事業所名			
ご担当者様連絡先	TEL :	FAX :	
住所	〒		
電話番号		FAX	

支払い方法	・全額 窓口支払い	・全額 会社請求
-------	-----------	----------

送信枚数(本状を含めて) \_\_\_\_\_ 枚

※当日追加分に関しては、すべて窓口支払いとさせていただきます。

※登録住所に確認書・問診票・請求書・健診結果会社控えを郵送いたします。  
登録できる住所は1つのみでお願いしております。①ご予約は次の2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 協会けんぽ申込書個人票

返信①

返信②

②日程が決まりましたら、封書でご連絡いたします。③事業所控えをご希望の場合

- ・健診のご料金お支払い後に

【2026年度 健診結果の事業所控えについて】

【2026年度 健診結果(事業所控え)の委任状】

の2枚を郵送ください。

1か月以内にご登録住所へ請求書同封の上、郵送させていただきます。

事業所控えの請求書が届きましたら、振込、又は窓口までご持参ください。

書類①

書類②

広島共立病院 健診センター

TEL : 082-879-1223

FAX : 082-879-6891

休診日 : 第2.4土曜日・日曜日・祝日

2026年度 広島共立病院 協会けんぽ【新規】申込書個人票  
事業所所在地 〒

**返信②**

新規予約以外の方  
↓○を付けてください↓  
変更 ・ 追加 ・ 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受信日
	/	
	確認書印刷	
/	番号	

健康保険被保険者の 保険者番号	健康保険被保険者の 記号	広島共立病院健診センターへの申込人数						総人数		希望日	オプション希望など	前回受診日	決定日	カルテ番号	
		フリガナ 氏名	性別	生年月日 (年度末年齢)	健診コース			オプション							
健康保険証の 番号				一般 健診	節目 健診	人間 ドック	胃カメラ バリウム	骨密度	乳がん 検診 (MMG のみ)	子宮頸がん 検診	月	日			組・ 未
				一般 健診	節目 健診	人間 ドック	胃カメラ バリウム	骨密度	乳がん 検診 (MMG のみ)	子宮頸がん 検診	月	日			組・ 未
				一般 健診	節目 健診	人間 ドック	胃カメラ バリウム	骨密度	乳がん 検診 (MMG のみ)	子宮頸がん 検診	月	日			組・ 未
				一般 健診	節目 健診	人間 ドック	胃カメラ バリウム	骨密度	乳がん 検診 (MMG のみ)	子宮頸がん 検診	月	日			組・ 未
				一般 健診	節目 健診	人間 ドック	胃カメラ バリウム	骨密度	乳がん 検診 (MMG のみ)	子宮頸がん 検診	月	日			組・ 未
				一般 健診	節目 健診	人間 ドック	胃カメラ バリウム	骨密度	乳がん 検診 (MMG のみ)	子宮頸がん 検診	月	日			組・ 未
				一般 健診	節目 健診	人間 ドック	胃カメラ バリウム	骨密度	乳がん 検診 (MMG のみ)	子宮頸がん 検診	月	日			組・ 未

記入のない  
方はご予約  
できません。

お名前が  
変わった場  
合は旧姓も  
ご記入  
ください

協会けんぽ一般健診の対象35歳以上です。  
20・25・30歳の方は若年健診が受けられます。一般健診を丸つけてください。  
・節目健診→年度末年齢が40・45・50・55・60・65歳・70歳の方  
・骨密度(40歳以上)→年度末年齢が偶数の女性の方(人間ドックは対象外)  
・乳(40歳以上)→年度末年齢が偶数の女性の方(人間ドックは対象外)  
・子宮(20歳以上)→年度末年齢が偶数の女性の方(人間ドックは対象外)  
※節目・乳・子→協会対象外の方は自費です。

胃の検査は必須項目です。  
胃の検査なしをご希望される方は  
「オプション希望など」の欄に  
理由の記載をお願いいたします。

問診郵送  
/

# 2026年度 協会けんぽ健診のご案内

◎2026年度より新規コースが開設しております。対象コースをご確認の上お申し込みお願いいたします。

◎前年度よりご料金の改定がされております。ご確認をお願いいたします。

健診コース		対象年齢			自己負担額
		20歳~34歳	35歳~39歳	40歳~74歳	
新規	人間ドック	35歳以上の方（毎年受診可能）			¥15,040
一般健診		35歳以上の方（毎年受診可能）			¥5,500
節目健診		※対象年齢以外の方はご受診できません。 40.45.50.55.60.65.70歳の方			¥8,280
新規	一般健診 （若年）	20.25.30歳の方	※胃がん・大腸がん検診は含まれません		¥2,500
子宮がん検診		20.22.24.26.28.30.32.34.36.38歳の方	36歳から74歳までの年度末年齢が偶数の方 （一般・節目健診を受診する方）		¥990
乳がん検診		40歳から74歳までの年度末年齢が偶数の方 （一般・節目健診を受診する方）			50歳未満の方¥1,700 50歳以上の方¥980
新規	骨粗鬆症健診	40歳から74歳までの年度末年齢が偶数の方			¥1,390

# 【2026年度 健診結果の事業所申込書】

書類①

★健診結果の事業所控えが必要な事業所様は下記の書類2枚を郵送してください★

書類①

【2026年度 健診結果の事業所控えについて】

書類②

【2026年度 健診結果(事業所控え)の委任状】

※健康診断料金のお支払いの確認ができ次第(翌月10日以降)の郵送となりますのでご了承ください。

※健診結果控えの請求書は、健診結果の事業所控えと同封させていただきます。

## 健診料金のお支払方法(チェックしてください)

健診当日、窓口でお支払い済み

会社請求⇒ 年 月 日に振込済み

## 健診結果の事業所控えはどちらをご希望ですか(チェックしてください)

法定健診のみ希望  
1枚:330円(税込)

(委任状に「お名前」「生年月日」「健診実施日」  
をご記入ください)

健診項目すべてを希望  
…ご本人の印鑑またはサインが必要です  
1枚:550円(税込)

(委任状に「お名前」「生年月日」「健診実施日」  
「印鑑・サイン」をご記入ください)

企業コード

〈事業所主〉

住所

事業所名

電話番号

## 別紙①

## ※法定健診のみの控え

コース 協会けんぽ(一般・胃カメラ)  
所属 全国健康保険協会 広島支部  
団体 株式会社〇〇  
カルテ番号 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 <sup>3</sup> )		
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

- 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。
- BMIは、次の算式により算出すること。BMI=体重(kg)/身長(m)\*2
- 「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。



# 【2026年度 健診結果(事業所控え)の委任状】

書類②

健康診断結果報告書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  
健診料金を支払い後、**原本をご郵送ください。**

FAXは不可です。健診料金入金後、ご郵送いたします。

健康診断料金お支払い前に郵送いただいたものについてはすべて  
破棄させていただきます。ご了承ください。

2026年度

お名前	生年月日	健診実施日	印鑑・サイン
	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	

企業コード

〈事業所主〉

住所

事業所名

電話番号

協会けんぽ 人間ドック検査内容一覧

	区分	項目	区分	項目
必須 項目	身体 測定	身長	血液学	血色素量
		体重		ヘマトクリット
		肥満度		MCV
		BMI		MCH
		腹囲		MCHC
	血圧測定	血小板数		
	生理	心電図	血清学	CRP
		心拍数	尿	尿一般
		眼底		尿沈渣
		眼圧	便	便潜血
		視力		
		聴力		
		呼吸機能（肺機能）		
		X線 超音波	胸部X線	
	上部消化管X線（胃カメラ変更可）			
	腹部超音波			
	生化学	総蛋白		
		アルブミン		
		クレアチニン		
		eGFR		
		尿酸		
		総コレステロール		
		HDLコレステロール		
		LDLコレステロール		
		中性脂肪		
		総ビリルビン		
		AST（GOT）		
		ALT（GPT）		
		γ-GTP		
		ALP		
		血糖		
		HbA1c		
血清学	赤血球			
	白血球			