

全国健康保険協会

人間ドック健診申込書

年 月 日

JA広島総合病院 健康管理センター 行

FAX:0829-36-2342

健康保険被保険者証 の保険者番号	健康保険被保険者証 の記号

※保険者番号・記号は協会けんぽの生活習慣病予防健診対象者一覧をご確認ください

(事業所所在地)

(事業所名称)  
(事業主氏名)

被保険者  
ご本人用

〒

※左記とは連絡先が別の場合(支店・営業所等)  
下記に連絡先を記入してください。

所在地〒

支店名  
(営業所名)

担当者:

電話番号:

FAX番号:

担当者:

電話番号:

FAX番号:

I D	健康保険証 の番号	フリガナ	性 別	生年月日	受診コース	胃部検査 受診する項目を○で囲む			オプション検査 希望する項目を○で囲む					その他のオプション欄	希望月・曜日	健診機関使用欄 （確定受診日）	
		氏 名				※35歳以上	別途料金 0	別途料金 2,200	別途料金 2,200	別途料金 4,400	別途料金 5,500 火・水・木午後	別途料金 3,300	別途料金 2,200				別途料金 1,870
			男・女	S・H 年 月 日	人間ドック健診	バリウム	胃カメラ 経口	胃カメラ 経鼻	乳がん マンモ グラフィ	乳がん 乳腺 エコー	子宮 頸がん	PSA (男性)	HCV 抗体		① ② ③		
			男・女	S・H 年 月 日	人間ドック健診	バリウム	胃カメラ 経口	胃カメラ 経鼻	乳がん マンモ グラフィ	乳がん 乳腺 エコー	子宮 頸がん	PSA (男性)	HCV 抗体		① ② ③		
			男・女	S・H 年 月 日	人間ドック健診	バリウム	胃カメラ 経口	胃カメラ 経鼻	乳がん マンモ グラフィ	乳がん 乳腺 エコー	子宮 頸がん	PSA (男性)	HCV 抗体		① ② ③		
			男・女	S・H 年 月 日	人間ドック健診	バリウム	胃カメラ 経口	胃カメラ 経鼻	乳がん マンモ グラフィ	乳がん 乳腺 エコー	子宮 頸がん	PSA (男性)	HCV 抗体		① ② ③		
			男・女	S・H 年 月 日	人間ドック健診	バリウム	胃カメラ 経口	胃カメラ 経鼻	乳がん マンモ グラフィ	乳がん 乳腺 エコー	子宮 頸がん	PSA (男性)	HCV 抗体		① ② ③		
			男・女	S・H 年 月 日	人間ドック健診	バリウム	胃カメラ 経口	胃カメラ 経鼻	乳がん マンモ グラフィ	乳がん 乳腺 エコー	子宮 頸がん	PSA (男性)	HCV 抗体		① ② ③		

〈記入上の注意〉

1) こちらの申込書は【人間ドック健診】専用の申込書となります。協会けんぽの生活習慣病予防健診をお申込みの場合はNo.1【生活習慣病予防健診申込書】にてお申込みをお願いします。  
※JA広島総合病院が実施している『差額ドック』を希望される場合は、No.1【生活習慣病予防健診申込書】をご利用ください。

2) 別紙1.2に、希望する健診の種類(健診コース)と各コースの検査項目、健診料金、内容などを掲載しておりますので、参考になしてください。  
※協会けんぽが実施する人間ドック健診[2026年度NEW]とJA広島総合病院が実施している差額ドックの検査項目は異なります。

注) 協会けんぽが実施する人間ドック健診は毎年受診が可能です。胃カメラ検査を含むすべてのオプション検査は補助の対象ではありません。別途料金がかかります。