

長崎県五島中央病院
 医事係 健診担当 宛
 FAX : 0959-74-5788
 TEL : 0959-72-3181

令和 年 月 日

令和8年度
 協会けんぽ申込書

事業所名：
 保険者番号：
 保険証記号：
 担当者様氏名：
 電話番号：
 FAX番号：

No. _____

令和8年度末時点の年齢を
 ご記入ください

氏名 (保険証番号)	生年月日	年齢	性別	胃カメラ ※1・2	コース区分	追加分	追加オプション(自費) ※8					
							腹部超音波	マンモグラフィ	子宮がん(細胞診)	子宮がん(エコー)	脳MRI	その他
例 ゴビョウ ハナコ 五病 花子 保険証番号(01234567)	昭和 59年 4月 2日 平成	40歳	男・女	○をつけてください 経口・経鼻	□ 節目健診 ※3 □ 若年層健診 ※4 □ 子宮がん検診(単独) ※5	□ 喀痰細胞診検査(喫煙指数:) ※6 □ 骨粗鬆症検査 ※7 ☑ 乳がん検診 ※7 ☑ 子宮がん検診 ※7	☑ 眼底	乳腺エコー	前立腺がん	B・C肝炎	HbA1c	脳MRI おすすめセット①
①	昭和 年月日 平成	歳	男・女	○をつけてください 経口・経鼻	□ 節目健診 ※3 □ 若年層健診 ※4 □ 子宮がん検診(単独) ※5	□ 喀痰細胞診検査(喫煙指数:) ※6 □ 骨粗鬆症検査 ※7 □ 乳がん検診 ※7 □ 子宮がん検診 ※7	腹部超音波 眼底	マンモグラフィ 乳腺エコー	子宮がん(細胞診) 前立腺がん	子宮がん(エコー) B・C肝炎	脳MRI HbA1c	その他
②	昭和 年月日 平成	歳	男・女	○をつけてください 経口・経鼻	□ 節目健診 ※3 □ 若年層健診 ※4 □ 子宮がん検診(単独) ※5	□ 喀痰細胞診検査(喫煙指数:) ※6 □ 骨粗鬆症検査 ※7 □ 乳がん検診 ※7 □ 子宮がん検診 ※7	腹部超音波 眼底	マンモグラフィ 乳腺エコー	子宮がん(細胞診) 前立腺がん	子宮がん(エコー) B・C肝炎	脳MRI HbA1c	その他
③	昭和 年月日 平成	歳	男・女	○をつけてください 経口・経鼻	□ 節目健診 ※3 □ 若年層健診 ※4 □ 子宮がん検診(単独) ※5	□ 喀痰細胞診検査(喫煙指数:) ※6 □ 骨粗鬆症検査 ※7 □ 乳がん検診 ※7 □ 子宮がん検診 ※7	腹部超音波 眼底	マンモグラフィ 乳腺エコー	子宮がん(細胞診) 前立腺がん	子宮がん(エコー) B・C肝炎	脳MRI HbA1c	その他
④	昭和 年月日 平成	歳	男・女	○をつけてください 経口・経鼻	□ 節目健診 ※3 □ 若年層健診 ※4 □ 子宮がん検診(単独) ※5	□ 喀痰細胞診検査(喫煙指数:) ※6 □ 骨粗鬆症検査 ※7 □ 乳がん検診 ※7 □ 子宮がん検診 ※7	腹部超音波 眼底	マンモグラフィ 乳腺エコー	子宮がん(細胞診) 前立腺がん	子宮がん(エコー) B・C肝炎	脳MRI HbA1c	その他
⑤	昭和 年月日 平成	歳	男・女	○をつけてください 経口・経鼻	□ 節目健診 ※3 □ 若年層健診 ※4 □ 子宮がん検診(単独) ※5	□ 喀痰細胞診検査(喫煙指数:) ※6 □ 骨粗鬆症検査 ※7 □ 乳がん検診 ※7 □ 子宮がん検診 ※7	腹部超音波 眼底	マンモグラフィ 乳腺エコー	子宮がん(細胞診) 前立腺がん	子宮がん(エコー) B・C肝炎	脳MRI HbA1c	その他

- ※1 胃カメラは経口または経鼻に○を記入ください。選択がない場合は経口でのお申込みとなります。令和8年度より胃カメラ検査のみとなったため、胃カメラ変更時の差額3,300円はありません。
- ※2 胃カメラを希望しない場合は【連絡事項】へ理由を記載してください。(必須)
- ※3 対象年齢は、今年度40・45・50・55・60・65・70歳になる方です。(検査項目は尿沈渣顕微鏡検査・眼底検査・血液学的検査・生化学的検査・肺機能検査・腹部超音波検査)
- ※4 20・25・30歳の方が対象。検査内容は一般健診の項目から胃がん・大腸がん検診にかかる項目を除いたものになります。
- ※5 20歳から38歳の偶数年齢にあたる女性の方で子宮頸がん検診(単独)をご希望の際は選択してください。
- ※6 50歳以上かつ喫煙指数が600以上(1日あたり喫煙本数×喫煙年数)で希望される方。
- ※7 40歳以上かつ偶数年齢に達する女性の方。
- ※8 「追加オプション」は別紙「オプション検査一覧」の中から選択してください。(全額自己負担となります)

連絡事項