

拝啓、時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

平素は当予防医学センターをご利用頂き、誠にありがとうございます。

2024 年度生活習慣病予防健診のお申込み手順についてご案内いたします。

全国健康保険協会（協会けんぽ）生活習慣病予防健診のお申込みについて

1. ハートライフ病院予防医学センターへ申込み

①当院ホームページより当センター専用の『2024 年度 協会けんぽ用申込用紙（ハートライフ病院予防医学センター）』をダウンロードし、必要事項を記入の上 F A Xにてお申込み下さい。日程調整後、当院より連絡いたします。

②申込書にご記入の際は生年月日、お名前（漢字）フリガナにお間違いがないかご確認下さい。

※例年 3 月～6 月頃はお申込みが大変集中しており、決定日のご連絡までに 3 週間程度お時間をいただく事がございます。また、ご希望日でご案内ができない場合は再度日程調整が必要となりますのでご了承下さい。

2. 当センターから必要書類を職場宛へ郵送いたします。（受診日の 3 週間前までに郵送）

■送付先を変更ご希望の方は申込名簿へご記入下さい。

【お知らせ】

- * お電話での仮予約は行っておりません。必ず申込書を記載し FAX 申込をお願いいたします。
- * FAX 送信後の到着確認はご遠慮下さい。（3 週間以上決定日の連絡がない場合はお問い合わせ下さい）
- * FAX がないまたは、ホームページよりダウンロードできない場合などとはご相談下さい。
- * 胃カメラ検査は人数制限がある為ご希望日に添えない場合やキャンセル待ちとなる事がございます。ご了承下さい。

※胃部検査について

生活習慣病健診のセット検査となるため、自己都合によるキャンセルの場合は健診が補助対象外となることがあります。身体的理由などで実施をご希望されない場合はご相談ください。

全国健康保険協会検査コース（35歳以上被保険者本人）

2024年度

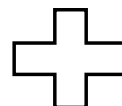
※35歳以上で保険加入が国保など協会以外の保険証をお持ちの方は対象外名簿をご利用下さい

受診期間2024.4.1～2025.3.31

☆毎月第4土曜日はレディースデイ(女性受診者のみ予約)になります

■一般健診¥5,282【35歳～74歳】 (75歳の誕生日前日まで)

問診（喫煙歴・服薬歴など）	血液学的検査（末梢血液一般検査）
身長・体重・腹囲	生化学検査（空腹時血糖・Hb-A1c・総コレステロール・中性脂肪
視力・聴力測定	HDLコレステロール・LDLコレステロール・non-HDLコレステロール・尿酸
診察（胸部聴診・腹部触診）	GOT・GPT・γ-GTP・ALP・クレアチン・eGFR）
直腸検査（必要に応じて）	心電図検査（12誘導）
血圧測定	胸部レントゲン検査（直接撮影）
尿検査（糖・蛋白・潜血）	胃部レントゲン検査（直接撮影）
糞便検査（免疫便潜血反応検査2日法）	



■一般健診＋付加健診¥14,885

付加対象¥7,971 2024年度より
40歳以上5歳ごと節目70歳まで対象

※一般健診の検査項目も含まれます

尿検査（尿沈査）
血液学的検査（血小板数・末梢血液像）
生化学的検査
（総蛋白・アルブミン・総ビリルビン・アミラーゼ・LDH）
眼底検査
肺機能検査
腹部超音波検査

■胃カメラ代替料金（経口・経鼻）¥6,050・・・要予約（下記注意事項をご確認下さい）

※経口カメラで鎮静剤を使用した場合は、終日バイク・車の運転はできません

※経鼻カメラ対象外の方…①キシロカイン（薬剤）アレルギー、②血液サラサラの薬服用中、③鼻の骨折・外傷・手術歴のある方

■1日ドック	¥19,417
■2日ドック	¥59,567

} 別途コース表をご用意しています

■肝炎ウイルス検査¥582

(35歳以上・検査を受けたことのない方対象)

HBs抗原・HCV抗体（B型・C型肝炎）

■婦人科検査 ※お住まいの市町村の婦人科受診券を併用できる場合もあります

	協会補助対象		オプション料金
子宮頸がん検診 (細胞診・経膈エコー)	¥970 (36～74歳の偶数年齢)		¥5,500
マンモグラフィ	¥1,574 (40～48歳の偶数年齢)	¥1,013 (50～74歳の偶数年齢)	¥6,050
乳腺エコー			¥3,300

ハートライフ病院 予防医学センター

TEL：0120-123-026

FAX：098-895-6559

月～土曜日：午前9時～午後3時

2024年度協会けんぽ用申込用紙(ハートライフ病院予防医学センター)

事業所情報			
事業所 名称	TEL	-	-
	FAX	-	-
事業所 住所	ご担当者名		
保険 情報	③ 保険者番号	④ 保険者名称 全国健康保険協会	支部

上記と異なる場合にご記入下さい

請求先住所・名称

問診票送付先住所

☐ 自宅 ☐ 職場

●健診費用支払方法 (該当箇所に☑して下さい)

健診 コース	<input type="checkbox"/> 全額本人支払(当日) <input type="checkbox"/> 全額会社請求
	<input type="checkbox"/> 一般健診料金(5,282円)会社請求 差額本人払
胃カメラ	<input type="checkbox"/> その他:
胃カメラ	<input type="checkbox"/> 本人支払(当日) <input type="checkbox"/> 全額会社請求
婦人科	<input type="checkbox"/> 本人支払(当日) <input type="checkbox"/> 全額会社請求
オプション	<input type="checkbox"/> その他:
<input type="checkbox"/> 本人支払(当日) <input type="checkbox"/> 全額会社請求	
胃カメラ代替料金 ¥6,050(税込)	

胃がん検診希望なしの方は以下のいずれかの理由に
該当しない場合、健診料金の補助対象外となる事があります

① 治療中
② 他で検査を受けたまたは受ける予定がある
③ 身体的理由(アレルギー・妊産婦など)
④ 当日の体調(健診実施機関の医師等の判断)

●健診料金

※税込表示

コース・検査項目		助成対象者	対象外
一般健診		5,282	16,500
一般健診+付加健診		14,885	27,500
一般健診+付加健診 40～70才 5才ごと節目年齢		7,971	
1日ドック	40～70才5才ごと 節目12,503	節目外 19,417	33,000
2日ドック	40～70才5才ごと 節目52,653	節目外 59,567	73,150
子宮がん	20才以上偶数年	970 奇数 5,500	5,500
マンモグラフィ	50才以上	1,013	6,050
	40～49才	1,574	6,050
健康診断Ⅰ		6,050	
健康診断Ⅱ		11,000	
健康診断Ⅲ		12,100	

	希望日	フリガナ 氏 名	性別	本人以外の場合 保険形態	健診コース	胃検査	婦人科項目	オプション追加	センター記入欄 受診確定日
1	1	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ 扶養家族	<input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 1日ドック	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 経口カメラ	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん		
	2	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 国 保	<input type="checkbox"/> 一般健診+付加健診	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ	<input type="checkbox"/> 乳腺エコー		
	3	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日 歳	<input type="checkbox"/> その他 共済組合など	<input type="checkbox"/> 2日ドック [<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> EMウェルネス <input type="checkbox"/> ノボテル那覇]	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ			
	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ 本人				被保険者証 情報 ① 記号 ② 番号	<input type="checkbox"/> 健康診断Ⅰ <input type="checkbox"/> 健康診断Ⅱ <input type="checkbox"/> 健康診断Ⅲ ※健康診断Ⅰ～Ⅲ 胃検査追加不可	<input type="checkbox"/> 協会子宮がん 検診のみ	<input type="checkbox"/> 希望なし	
2	1	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ 扶養家族	<input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 1日ドック	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 経口カメラ	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん		
	2	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 国 保	<input type="checkbox"/> 一般健診+付加健診	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ	<input type="checkbox"/> 乳腺エコー		
	3	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日 歳	<input type="checkbox"/> その他 共済組合など	<input type="checkbox"/> 2日ドック [<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> EMウェルネス <input type="checkbox"/> ノボテル那覇]	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ			
	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ 本人				被保険者証 情報 ① 記号 ② 番号	<input type="checkbox"/> 健康診断Ⅰ <input type="checkbox"/> 健康診断Ⅱ <input type="checkbox"/> 健康診断Ⅲ ※健康診断Ⅰ～Ⅲ 胃検査追加不可	<input type="checkbox"/> 協会子宮がん 検診のみ	<input type="checkbox"/> 希望なし	
3	1	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ 扶養家族	<input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 1日ドック	<input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 経口カメラ	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん		
	2	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 国 保	<input type="checkbox"/> 一般健診+付加健診	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ	<input type="checkbox"/> 乳腺エコー		
	3	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日 歳	<input type="checkbox"/> その他 共済組合など	<input type="checkbox"/> 2日ドック [<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> EMウェルネス <input type="checkbox"/> ノボテル那覇]	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 経鼻カメラ	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ			
	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ 本人				被保険者証 情報 ① 記号 ② 番号	<input type="checkbox"/> 健康診断Ⅰ <input type="checkbox"/> 健康診断Ⅱ <input type="checkbox"/> 健康診断Ⅲ ※健康診断Ⅰ～Ⅲ 胃検査追加不可	<input type="checkbox"/> 協会子宮がん 検診のみ	<input type="checkbox"/> 希望なし	

●胃カメラ検査実施について

・経口カメラで鎮静剤を使用した場合、終日バイク・車の運転はできません。
・経鼻カメラは右記の方の場合は受診ができません。(キシロカインアレルギー、抗凝固剤服用中、鼻骨折、術歴)

★労働基準監督署定期健康診断結果報告書(第6号)届出用のデータ提供も対応可能です。必要時にご依頼下さい。

ハートライフ病院予防医学センター【健診予約専用 FAX:098-895-6559】

オプション検査申込書



※印の検査については件数に限りがございます。早めにご予約下さい。※

希望 ○印	検 査 項 目				料金 (消費税10%込み)	
	※ 大腸カメラ検査（追加できないコースがあります） *年齢制限があります（79歳まで） *人間ドックとは別日での検査となります（検査：月～金）				¥16,500	
	※ 胃カメラ代替え実施料金（追加できないコースがあります） *ロカメウで鎮静剤使用の場合、自動車等の運転は終日できませんご了承ください。				¥6,050	
	※ 胸部C T 検査（主に肺がん）				¥11,000	
	※ 腹部C T 検査				¥11,000	
	※ 内臓脂肪量測定（C T 検査にて測定）				¥5,500	
	※ 頭部MR 検査 *脳外科医師による結果説明はありません（検査日：月～金）				¥22,000	
	※ 脾臓MR I 検査 *人間ドックとは別日での検査となります				¥22,000	
	※ 頸動脈超音波検査				¥3,850	
	動脈硬化症検査(ABI) *腹部大動脈瘤・透析中・乳癌手術歴のある方は対象外となります				¥2,200	
	腹部超音波検査				¥5,500	
	甲状腺超音波検査				¥2,750	
	※ 心臓超音波検査				¥9,000	
	乳腺超音波検査				¥3,300	
	乳房X線検査(マンモグラフィ)〔2方向〕				¥6,050	
	※ 子宮頸がん検査（頸部細胞診・経膣IUT）				¥5,500	
	骨粗鬆症検査（骨塩定量）*前腕骨から測定します				¥2,200	
	健康年齢測定（対象者：18～99歳）				¥1,100	
	腸内フローラ検査				¥18,700	
	血 液 検 査	BNP血中濃度測定検査(心機能血液検査)			¥1,540	
		亜鉛検査（健康の維持に欠かせないミネラルを測定）			¥1,650	
		腫瘍 マ ー カ ー	P S A （前立腺がん）		¥2,200	
			A F P （肝がん）		¥1,650	
			C A 1 9 - 9 （膵臓がん）		¥2,200	
			C E A （大腸がん）		¥1,650	
			C A 1 2 5 （卵巣がん）		¥2,200	
		セ 腫 瘍 マ ー カ ー	男 性	4セット	P S A ・ C A 1 9 - 9 ・ C E A ・ A F P	15%OFF ¥6,545
				3セット	P S A ・ C A 1 9 - 9 ・ A F P	15%OFF ¥5,143
			女 性	4セット	C A 1 2 5 ・ C A 1 9 - 9 ・ C E A ・ A F P	15%OFF ¥6,545
				3セット	C A 1 2 5 ・ C A 1 9 - 9 ・ A F P	15%OFF ¥5,143
			ヘリコバクターピロリ抗体検査 *除菌治療をした事のある方は対象外となります			¥1,650
			アレルギー36項目検査（MAST36）			¥13,200
			アレルギー48項目検査（MAST48）			¥15,400

2024年度 健康診断結果「事業所控え分」発行依頼書

社会医療法人かりゆし会ハートライフ病院
予防医学センター FAX098-895-6559

下記のとおり、健康診断結果事業所控え分の発行を依頼します。
依頼にあたり、健診結果を入手することは受診者より同意を得ていることを報告いたします。

事業所番号(保険証記号)		
事業所名称		
健診データとりまとめ期間	月締め(1ヶ月分ずつ) ・ 年度締め(全員受診後)	
	※データは受診者全員分となります。希望なしの方を省くことはできません。	
申請理由		
作成型態	CD-R(CSV)	
担当者名・連絡先	氏 名	TEL
健康診断結果送付先	原則、協会けんぽ用申込用紙にご記入いただいた事業所住所へ郵送します。 送付先が異なる場合のみ下欄へご記入下さい。	
	〒 -	
備 考		

年度締めでCSVデータを作成する際は、労働基準監督署定期健康診断結果報告書(第6号)届出用のデータ集計もあわせて行っております。全員の受診が済みましたら作成いたしますので必要時にご連絡下さい。

〒901-2492
沖縄県中城村字伊集208番地
社会医療法人かりゆし会ハートライフ病院
予防医学センター
TEL0120-123-026(9:00~15:00)