

R8年度協会けんぽ生活習慣病健診料金表

※R8年度～金額の変更やコースの追加がありますのでご注意ください ※その他検査や料金に関する事は協会けんぽへお問い合わせください。

【注意事項】

- ① 胃の検査は基本バリウム検査となります。胃カメラに変更希望の方は必ず、早めにご連絡ください。(別途 3,300円)
- ② 申込み後、”保険証の資格情報が変更した場合”や”退職や自身の都合で予約や検査の変更・追加する場合”は早急にご連絡ください。(こちらから確認の為にご連絡をする場合があります。ご了承ください。)

健診コース	料金	
一般健診	5,500円	35～75歳の誕生日前日までの方が対象。
節目健診(旧 付加健診) (40・45・50・55・60・65・70歳)	8,280円	眼底・肺活量・腹部超音波などの検査を追加で実施可能。
任意節目健診	15,070円	節目健診の対象外で検査希望の方はこちら。
New! 一般健診(若年) (20・25・30歳)	2,500円	一般健診と同様の健診。胃と便は省略。
子宮頸がん検診(単独受診) (20～38歳偶数年齢)	990円	単独での実施、もしくは事業所健診と併せての実施が可能。

健診コース	料金	
乳がん検診 (50歳以上偶数年齢)	980円	マンモグラフィ1方向
乳がん検診 (40～48歳偶数年齢)	1,700円	マンモグラフィ2方向
子宮頸がん検診 (36歳以上偶数年齢)	990円	やむを得ず当日出来ない場合は後日実施可能。
New! 骨粗鬆症検診 (女性のみ・40歳以上偶数年齢)	1,110円	
New! 喀痰細胞診 (50歳以上・基準に該当する希望者)	590円	申込書に聞き取り事項あり! 記入してください。
眼底検査(医師の判断により実施)	80円	
肝炎ウイルス検査	540円	自費(3,670円)での実施も可

令和8年度 藤枝市立総合病院 健康診断申込書

連絡先(事業所所在地と異なる場合はご記入ください。)

申込日 年 月 日

フリガナ				
保険証記載の事業所名	1	担当者名 〒	2	担当者名 〒
事業所所在地		TEL		FAX

その他 通信欄

案内	個人宅	事業所宛 (1) (2)
結果	個人宅	事業所宛 (1) (2)
請求送付先	個人渡し	事業所宛 (1) (2)

追加希望

事業所が個々の受診者の健診結果を入手したい場合は、「要配慮者個人情報の第三者提供」に該当するため、受診者本人の同意を得ていない場合は情報提供ができません。

★事業所が受診者本人に対して、個人情報提供の同意を受けていますか？ → はい いいえ

※受診者本人の同意を得ている場合は、原本にて事業所に提供します。
なお、コピーでの対応は行いませんのでご承知願います。

令和8年度 藤枝市立総合病院 健康診断申込書

★ 協会けんぽ対象（35才以上の一般健診・節目健診・若年健診・子宮がん単独健診）の方は、下記にご記入ください。

保険者番号		保険証の記号		資格喪失年月日										
受診希望日	保険証番号	氏名(フリガナ)	性別	生年月日	単独で受診可能				コースと併せて受診可能 ※対象年齢者のみ				喫煙あり・なし 1日 本・年間	
年 月 日			男		一	節	若	子宮頸がん (単独)	乳	が	子	骨	喀	備考(ご希望オプション等)
年 月 日			女	S H	年 月 日	般	目	年	が	宮	粗	痰		
自宅住所・連絡先(携帯電話 / 自宅) ※新規と変更がある方のみご記入下さい。														
														TEL()
受診希望日	保険証番号	氏名(フリガナ)	性別	生年月日	単独で受診可能				コースと併せて受診可能 ※対象年齢者のみ				喫煙あり・なし 1日 本・年間	
年 月 日			男		一	節	若	子宮頸がん (単独)	乳	が	子	骨	喀	備考(ご希望オプション等)
年 月 日			女	S H	年 月 日	般	目	年	が	宮	粗	痰		
自宅住所・連絡先(携帯電話 / 自宅) ※新規と変更がある方のみご記入下さい。														
														TEL()

★ 協会けんぽ(34才以下の若年健診・子宮がん単独健診以外)の方、または事業所健診ご予約の方は下記にご記入ください。

受診希望日	保険証番号	氏名(フリガナ)	性別	生年月日	健診コース								備考(ご希望オプション等)	
年 月 日			男											
年 月 日			女	S H	年 月 日									
自宅住所・連絡先(携帯電話 / 自宅) ※新規と変更がある方のみご記入下さい。														
														TEL()
受診希望日	保険証番号	氏名(フリガナ)	性別	生年月日	健診コース								備考(ご希望オプション等)	
年 月 日			男											
年 月 日			女	S H	年 月 日									
自宅住所・連絡先(携帯電話 / 自宅) ※新規と変更がある方のみご記入下さい。														
														TEL()

令和8年度 藤枝市立総合病院 健康診断申込書

★協会けんぽ対象(35才以上の一般健診・節目健診・若年健診・子宮がん単独健診)の方用

受診希望日	保険証番号	氏名(フリガナ)	性別	生年月日	単独で受診可能				コースと併せて受診可能 ※対象年齢者のみ				喫煙あり・なし 1日 本・年間
年 月 日		-----	男		一 般	節 目	若 年	子宮頸がん (単独)	乳 が ん	が 子 宮 頸 がん	骨 粗 鬆 症	喀 痰	備考(ご希望オプション等)
年 月 日			女	S H									年 月 日
自宅住所・連絡先(携帯電話 / 自宅) ※新規と変更がある方のみご記入下さい。													
〒													TEL()
受診希望日	保険証番号	氏名(フリガナ)	性別	生年月日	単独で受診可能				コースと併せて受診可能 ※対象年齢者のみ				喫煙あり・なし 1日 本・年間
年 月 日		-----	男		一 般	節 目	若 年	子宮頸がん (単独)	乳 が ん	が 子 宮 頸 がん	骨 粗 鬆 症	喀 痰	備考(ご希望オプション等)
年 月 日			女	S H									年 月 日
自宅住所・連絡先(携帯電話 / 自宅) ※新規と変更がある方のみご記入下さい。													
〒													TEL()
受診希望日	保険証番号	氏名(フリガナ)	性別	生年月日	単独で受診可能				コースと併せて受診可能 ※対象年齢者のみ				喫煙あり・なし 1日 本・年間
年 月 日		-----	男		一 般	節 目	若 年	子宮頸がん (単独)	乳 が ん	が 子 宮 頸 がん	骨 粗 鬆 症	喀 痰	備考(ご希望オプション等)
年 月 日			女	S H									年 月 日
自宅住所・連絡先(携帯電話 / 自宅) ※新規と変更がある方のみご記入下さい。													
〒													TEL()
受診希望日	保険証番号	氏名(フリガナ)	性別	生年月日	単独で受診可能				コースと併せて受診可能 ※対象年齢者のみ				喫煙あり・なし 1日 本・年間
年 月 日		-----	男		一 般	節 目	若 年	子宮頸がん (単独)	乳 が ん	が 子 宮 頸 がん	骨 粗 鬆 症	喀 痰	備考(ご希望オプション等)
年 月 日			女	S H									年 月 日
自宅住所・連絡先(携帯電話 / 自宅) ※新規と変更がある方のみご記入下さい。													
〒													TEL()
受診希望日	保険証番号	氏名(フリガナ)	性別	生年月日	単独で受診可能				コースと併せて受診可能 ※対象年齢者のみ				喫煙あり・なし 1日 本・年間
年 月 日		-----	男		一 般	節 目	若 年	子宮頸がん (単独)	乳 が ん	が 子 宮 頸 がん	骨 粗 鬆 症	喀 痰	備考(ご希望オプション等)
年 月 日			女	S H									年 月 日
自宅住所・連絡先(携帯電話 / 自宅) ※新規と変更がある方のみご記入下さい。													
〒													TEL()

令和8年度 藤枝市立総合病院 健康診断申込書

★ 協会けんぽ(34才以下の若年健診・子宮がん単独健診 以外)の方、または事業所健診ご予約の方は下記にご記入ください。

受診希望日	保険証番号	氏名(フリガナ)	性別	生年月日	健診コース	備考(ご希望オプション等)
年 月 日		-----	男			
年 月 日			女	S H		
自宅住所・連絡先(携帯電話 / 自宅) ※新規と変更がある方のみご記入下さい。						
〒						
TEL()						

受診希望日	保険証番号	氏名(フリガナ)	性別	生年月日	健診コース	備考(ご希望オプション等)
年 月 日		-----	男			
年 月 日			女	S H		
自宅住所・連絡先(携帯電話 / 自宅) ※新規と変更がある方のみご記入下さい。						
〒						
TEL()						

受診希望日	保険証番号	氏名(フリガナ)	性別	生年月日	健診コース	備考(ご希望オプション等)
年 月 日		-----	男			
年 月 日			女	S H		
自宅住所・連絡先(携帯電話 / 自宅) ※新規と変更がある方のみご記入下さい。						
〒						
TEL()						

受診希望日	保険証番号	氏名(フリガナ)	性別	生年月日	健診コース	備考(ご希望オプション等)
年 月 日		-----	男			
年 月 日			女	S H		
自宅住所・連絡先(携帯電話 / 自宅) ※新規と変更がある方のみご記入下さい。						
〒						
TEL()						