

全国健康増進協議会 レディース健診 用紙による申込について

STEP 1

ホームページより、日程・会場を**選択**する。

<https://www.zenkenkyo.net/>



STEP 2

申込用紙に希望会場、必要事項を**記入**し**送付**。

受診希望月の前々月20日（必着）

【送付先】

〒113-0033

東京都文京区本郷4-24-8

春日タワービル12階

一般社団法人 全国健康増進協議会

STEP 3

日程決定通知ハガキが届く。（申込から4週間以内に）

STEP 4

問診票などが届く。（受診日の1週間前までに）

STEP 5

受診

受診結果は健診受診の約1ヶ月後ぐらいに届く。

『個人情報の取り扱いについて』はこちら
<https://www.zenkenkyo.net/privacypolicy/>



NO.

巡回レディース健康診断申込用紙

※ボールペン等を使用し、太枠内をはっきりご記入ください
※「消せるボールペン」は使用しないでください

ご案内書裏面の「個人情報の取り扱いについて」の内容を理解し、個人情報の取り扱いについて同意します。ご同意いただけない場合、巡回レディース健康診断をお申込みいただけませんので、必ずご署名をお願いします。

本人署名

① 健保組合	保険証 記号・番号	名 称	神戸製鋼所健康保険組合	
	確認方法 ・マイナンバーカード保険証 (マイナポータル上) ・資格確認書(有効期限内) ・既存の健康保険証(有効期限内)	記 号	番 号 (枝番は記入不要)	

② 受 診 者	受診者	フリガナ			性別	女 ・ 男
	氏 名	漢 字			続柄	☐ 被扶養者 (配偶者・家族) ☐ 任意継続被保険者 (本人)
	生年月日	西暦 年 月 日 () 歳 2026年3月31日時点での年齢をご記入ください				
	住 所	※マンション等にお住まいの方は 建物名・部屋番号など必ずご記入 ください				
	電話番号	日中連絡できる番号 をご記入ください	【自宅】	()	【携帯】	()
	メールアドレス	@				
③ 被 保 険 者	勤務事業所名					
	被保険者氏名					

※お申込みは、受診希望日の前々月20日必着となります。 お申込み最終期限：2026年1月20日 受診期限：2026年3月31日

④ 希 望 会 場		会 場 名	会場コード (9ケタ) もう一度確認してください				受診希望日
	第1希望					-	月 日
	第2希望					-	月 日
	第3希望					-	月 日

⑤ 実 施 す る コ ー ス と オ プ シ ョ ン 目 的	↓○	項 目 名		自己負担金 (税込)
	○	基本検査		0円
		胃部X線検査		5,500円
		希望する 1つに○を 記入する	乳房X線検査 (マンモグラフィ)	0円
			乳房超音波検査 (エコー)	0円
			乳房X線検査 (マンモグラフィ) + 乳房超音波検査 (エコー) セット	3,500円
		希望する 1つに○を 記入する	子宮頸部細胞診	0円
			子宮頸部細胞診 + H P V 検査 ※セットでの受診となります。	5,500円
		大腸がん検査 (便潜血検査 2 回法)		0円
		腹部超音波検査		5,500円
	眼底検査		2,200円	
	骨密度検査		2,200円	

【個人情報の取り扱いについて】

・この申込みで収集した個人情報は健保組合と全国健康増進協議会で適正に管理し、健診と健保組合の保健事業の目的以外には使用しません。

[全健協使用欄]



受 付	処 理	完 了
2 8 0 1 2		