

送信日(必ずご記載ください)

※送信される際は裏表にご注意ください

西暦 年 月 日

2026(令和8)年度 健康診断 個人専用申込用紙

(フリガナ) 申込者氏名		性別	生年月日	
( )		男	昭和	平成
		女	年	月 日
勤務先		勤務先TEL		
自宅住所	〒 -			
日中連絡先電話番号・メールアドレス(※できれば携帯電話番号)				

健康保険・取扱代行機関情報 (対象の方だけご記載ください)

<input type="radio"/> 代行機関名(イーウェル、ベネフィットワンなど)				
<input type="radio"/> 全国健康保険協会(協会けんぽ)任意継続の場合	記号		番号	
<input type="radio"/> 保険者名	記号		番号	

ご希望の健診コース(一つを○で囲んでください。\*のついたコースは胃検査希望にも○をつけてください。)

*一般健診	*人間ドック	脳ドック	*全身ドック
*胃検査希望 ( 口カメラ ・ 鼻カメラ ・ バリウム ・ 胃キャンセル )			
基本健診	特定健診 [ 出雲市国保 ・ 協会けんぽ ・ その他( ) ]		
後期高齢者健診( 出雲市・その他 )	乳がん検診 [ 出雲市・雲南市・大田市・美郷町・その他( ) ]		
その他( )			

オプション希望(希望があれば○で囲んでください)

追加 Fセット	追加 Dセット	動脈硬化検査セット	頸動脈超音波	ロックスインデックス (脳梗塞・心筋梗塞発症リスク)
塩分摂取量	骨密度	血圧脈波 (血管年齢)	頭部MRI	人工知能を用いた認知症リスク検査 ※脳ドック、全身ドック、MRI専用オプション
子宮頸がん( 三原医院 ・ 佐藤クリニック ・ いづも八咫クリニック )				アレルギー検査
乳がん( 出雲・雲南・大田・美郷・他 )		CA125	CEA	CA19-9
腫瘍マーカーセットW【女性向/CA125、CEA、CA19-9】		腫瘍マーカーセットM【男性向 / PSA、CEA、CA19-9】		
甲状腺機能検査【TSH、FT3、FT4】		胃がんリスク検査 【H・ピロリ抗体、ペプシノゲン】		ヘリコバクター・ピロリ抗体
NEW 肝線維化マーカー(Fib4index、M2BPGi)				

受診希望日(～月ごろ、希望曜日等 指定日希望の場合は候補日を複数ご記入ください。)

第一希望		第二希望		第三希望	
------	--	------	--	------	--

(\*ご記載不要です)

案内発送	システム確認	システム入力	受付