

2025年度健康診断 受診計画連絡票【回答必須】



QRからのご回答は
こちら！

1. 希望する受診方法

該当コース等を○で囲む

予定月を記入

コース	受診方法	受診予定	ご注意						
A	特定健診を受診する (同封の「特定健康診査受診券(セット券)」を利用してください)	____月	受診期間は2026年3月末日までです。 混雑しますので早めの予約を！						
B	生活習慣病健診を受診する (同封の「特定健康診査受診券(セット券)」は廃棄してください)	____月	生活習慣病健診の受診等のお申込に については、7ページを参照してください。						
C	女性専用の全国巡回健診を受診する ※オプションと会場No.の選択で申込完結します 用紙またはスマートフォンから申込できます (同封の「特定健康診査受診券(セット券)」は破棄してください)	会場 No. 第1希望 第2希望 第3希望	9～12ページより希望する会場を選択 し該当ページ左端の会場No.を左記 に記入し、希望される検査項目に○ 印、希望されない検査項目に×印を つけてください。						
	便潜血	腹部 超音波	胃部 レントゲン	骨密度	肝 炎	ピロリ菌	甲状腺	シスタチンC	アレルギー セット
	○	4,180円	1,380円	2,200円	2,096円	2,200円	2,178円	1,980円	2,970円
	AFP (肝臓)	CA19-9 (膵臓胆道)	CEA (消化器)	SCC (肺・子宮)	NT-pro BNP	膵臓がんリスク検査 (CAI25+HE4)	膵臓がんリスク検査 (MMP-3)	エクオール	※1 35歳の方 のみ無料 です。
	1,650円	2,200円	1,650円	1,650円	2,200円	4,400円	1,650円	4,785円	
乳がん (一項目のみ 選択可能)	超音波	マンモ (一部会場)	マンモ施設 利用券	子宮頸部 がん (一項目のみ 選択可能)	HPV	医師直接採取 (一部会場)	施設利用券	昨年度まで 貯めた 全ポイント を使用 ↓ します	
※上記の婦人科項目は、一部の地区の申込が可能です。申込みの際は全国巡回健診日程表および 契約医療機関一覧表をご確認ください。 【ご案内】 便潜血、胃部レントゲン、乳がん、子宮頸部がんは健保組合が費用補助をしています。									
D	人間ドックを受診する 〈被保険者の配偶者と任意継続の本人と配偶者のみ〉 (同封の「特定健康診査受診券(セット券)」は廃棄してください)	____月	人間ドックの受診等のお申込みに ついては14ページを参照してください。						
E	パート先の健診等当健保の健診以外を受診する (同封の「特定健康診査受診券(セット券)」は廃棄してください)	____月	15ページの「当健保以外で健康診断を 受診される場合」を参照してください。						
F	A～E のいずれも受診しない ※下記の該当する□欄に✓してください。								
	☐ 妊娠婦								
	☐ 海外に在住の方								
	☐ 病院又は診療所に6ヶ月以上継続入院								
	☐ 養護老人ホーム等に入居中								
☐ 上記以外 (法律で定める正当な理由とはなりません)									
「上記以外」の方は受診しない理由を下記より選択してください。 ※極力、Aコースの受診をお願いいたします。 ☐ 通院しているから [病院名: _____] ☐ 受診しない理由を具体的に記入してください。 [_____]									

スマホで申込

簡単便利！スマートフォンなどで
QRを読み取り可能な場合、WEB
予約画面が表示されて申込みでき
便利です

個人QR

株式会社 あまの創健 全国巡回健診企画室
日祝を除く月～土 9:00～16:00
☎ (052) 930-8071

2. 受診対象者情報：ご確認いただき、誤りがありましたら訂正をお願いいたします。

保険証記号－番号	5 ー 12354	被保険者名	日本旅行 太郎
受診対象者名	日本旅行 幸子	続 柄	妻
生年月日	昭和51年5月5日	電 話 (必ずご記入ください)	
年 齢	47歳	左記の年齢は2026年3月31日現在のものです。 補助対象となる年齢となりますのでご注意ください。	
通信欄			

3. 無料郵送がん検診：Aコース、Eコースを選択した方が申込みできます。上記回答と同時に お申込みください。(裏面参照)

4. 回答期限：7月18日(金)までを目途に同封の返信用封筒でご返送ください。

※やむを得ず期限が過ぎた場合でも必ずご返送をお願いします。

※当「受診計画連絡票」と裏面の「無料郵送がん検診申込書」の回収及び受診確認業務を、(株)日本旅行ビジネスクリエイトに業務委託しています。

※ご回答のない方へは、業務委託先より電話又はメールで確認をさせていただきますので、必ずご回答くださいますようお願い申し上げます。

【発信電話番号：03-6895-7754】

無料郵送がん検診申込書【A、Eコース受診者専用】

【受診できる方】 健康診断受診計画連絡票（当紙の裏面）で **Aコース、Eコース** を選択した方

保険証 記号－番号	—	続柄 該当項目に○印	
フリガナ		任意継続 本人	被扶養者
氏名			
生年月日	年 月 日 (歳)	性別 該当項目に○印	
電話番号		男	女
メールアドレス (必ずご記入ください)			
送付先住所	〒		

日本人の2人に1人ががんになる時代

今、健康な方こそがん検診！

がん検診は、健康な方が対象です。
早期のうちにはほとんど自覚症状がありません。
だから今、健康な方こそ
定期的ながん検診を受けましょう！

注意！ 症状のある方は検診を待たず
医療機関を受診してください。

【無料郵送検診申込欄】 ※検査希望欄に○をお付けください。(4検査同時選択可能) 最終締切 2025年11月30日
※④希望の場合は、別紙「子宮頸がんリスクチェック」リーフの手順に従い、お申込みください。

No.	検査項目 (検体未提出時費用)	検査方法	検査 希望欄	検査内容
①	大腸がん (1,500円)	便潜血2回法		便潜血反応により大腸がんの可能性を調べます
②	肺がん (2,500円)	喀痰細胞診		喀痰中の細胞を採取してがん細胞を見つけます (注) 痰の出ない方は検査できません
③	胃がん (4,000円)	ペプシノーゲン		胃がんになる前の変化(胃粘膜の萎縮)を血液で調べます
④	子宮頸部がん (4,500円)	ヒトパピローマウイルス HPV自己採取法		病院での検査に抵抗のある方にお勧めの女性専用の検査です (注) 妊娠中の方／子宮全摘された方は検査をお控えください

【問い合わせ先】

検査No.①～③：株式会社あまの創健 (TEL) 052-931-8071 祝日を除く月曜～金曜 9:00～16:00
検査No.④：シミックソリューションズ株式会社 (お問い合わせ) selcheck.support@cmicgroup.com

【検査機関】 検査No.①②：(一社)半田市医師会健康管理センター 健診事業部
検査No.③：日本医学株式会社
検査No.④：株式会社TRIBまたはユーロフィンジェネティクスラボ株式会社

【ご注意】 お申込み後90日以内に、検体の提出がなかった場合は、上の表に記載の検体未提出時費用を請求させていただきますので、ご了承のうえお申込みください。(お支払いは銀行振込となり振込手数料もご負担いただきます。)

【お願い】 裏面の「受診計画連絡票」の回答と同時にお申込みください。

※本書に記入いただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には使用しません。

〈健保組合記入欄〉

受診資格チェック	☐ 被扶養者	☐ 任意継続本人
健保⇒検査機関への発注	年	月 日
結果報告受付日	年	月 日

健保組合受付印

決 議	常務理事	事務長	課長		担当者