

2025年度全国健康保険協会 生活習慣病予防健診に関するご案内

謹啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。
平素は格別のご高配を賜り、心より感謝申し上げます。
さて、2025年度も全国健康保険協会生活習慣病予防健診の予約受付を開始いたします。
つきましては、生活習慣病予防健診に関するご案内及び健診コース等の資料を併せて送付させていただきます。詳細をご確認後、ご予約頂きますようお願い申し上げます。

謹白

■2025年度変更点

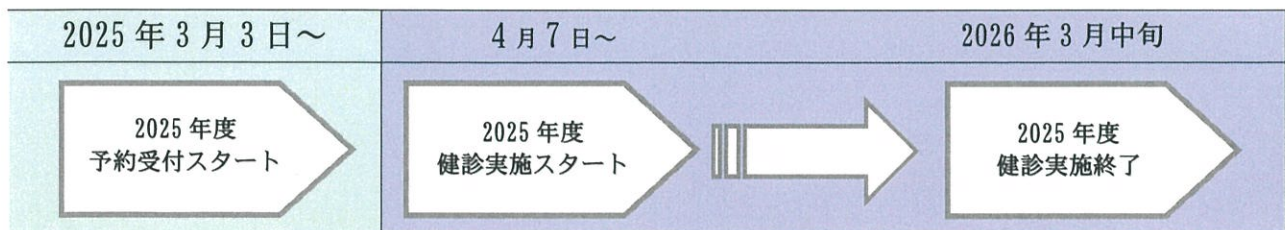
1. 健診コース・オプション料金価格改定および人間ドック検査項目の変更
2. 予約申込について
希望月ごとに予約回答日を設定
予約申込書は受診希望月ごとに分けてお申込み下さい。
3. お支払い方法について
支払い方法は【全て会社請求】・【全て窓口支払い】のどちらかとなります。
会社単位で統一となり、個別対応はいたしかねますのでご了承下さい。
4. キャンセルポリシーを設定

※詳細につきましては、添付資料をご確認下さい。

◆健康診断業務スケジュール

予約受付スタート：2025年3月3日～【予約回答連絡は直近（4月～）】

健康診断実施期間：2025年4月7日～2026年3月中旬までの予定



2025年2月吉日

健康診断ご担当者様



社会医療法人 仁愛会
浦添総合病院健診センター
センター院長 福本 泰三

人間ドック・付加健診およびオプション検査価格改定についてお願い

謹啓 時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、皆様に質の高い保健・医療サービスを提供するため、施設環境や検査メニューの充実を図り、受診者の皆様が安心安全で快適に受診いただけるよう努めてまいりました。しかしながら、昨今の多方面での物価高騰が続いており、当健診センターでも診療材料費、光熱費、人件費等の運営費用が上昇しております。これまで価格維持のため、業務改善や経費削減と努力を積み重ねてまいりましたが、長期にわたる価格上昇により、自助努力のみによる対応では非常に困難な状況に至っております。

つきましては、誠に大変心苦しいお願いではございますが、適正な運営を維持し、さらに良いサービスを提供するために、やむを得ず料金を改定させていただきたく存じます。この料金改定は、市場の相場や保険点数を参考にしております。

何卒、ご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。今後とも、受診者の皆様に安心安全で快適な保健・医療サービスを提供できるよう、より一層努力してまいりますので、引き続きご愛顧賜りますよう重ねてお願い申し上げます。

謹白

記

1. 価格改定実施日

2025年4月から

2. 人間ドック・付加健診料金について

検査項目	現行価格(税込)	改定後価格(税込)	差額
人間ドック	35,200 円	39,600 円	4,400 円
付加健診 (対象外)	29,568 円	33,968 円	4,400 円

3. 人間ドック検査項目内容の変更

【関節リウマチ検査について】

抗 CCP 抗体は、リウマチに対する高い特異度を有しており、早期診断に非常に有用です。そのため、現行の検査項目に含まれている **RF 検査** から **抗 CCP 抗体検査** へ変更させていただくことといたしました。

4. オプション検査項目

検査項目	現行価格(税込)	改定後価格(税込)	差額
大腸内視鏡検査	16,500 円	19,800 円	3,300 円
心臓ドック	26,290 円	44,000 円	17,710 円
前立腺 (PSA) 検査	1,650 円	2,200 円	550 円
乳腺超音波検査(エコー)	3,850 円	4,400 円	550 円
経膈超音波検査(エコー)	2,750 円	4,400 円	1,650 円

◆胃検査につきましては、全国健康保険協会実施要項に基づき原則受診必須となっております。特別な理由（治療中、アレルギー、妊産婦、体調不良など）以外の胃検査未実施は認められません。 [時間が無い] など自己都合による胃部検査のキャンセルは、原則行えませんので よろしくお願ひします。

本件に関するお問合わせ先

社会医療法人仁愛会 浦添総合病院健診センター

沖縄県浦添市伊祖3丁目42番15号

TEL : 0570-010-986

FAX : 098-879-1156

月～金 8 : 30～15 : 00

土 8 : 30～11 : 00



重 要



2025年2月吉日
社会医療法人 仁愛会
浦添総合病院健診センター
センター院長 福本 泰三

2025年度浦添総合病院健診センターからのお知らせ

1. 予約申込について

予約確定の遅延緩和のため、2025年度より受診希望月ごとに予約申込書を分けて記入の上、支払依頼書を添えて郵送またはFAXにてお申込みをお願いいたします。

ご予約は先着順となりますが、当健診センターからの予約申込回答は、直近予約（4月～）の方から順次行います。お申込が集中するため、予約回答までに3週間程度お時間をいただく事がございます。予約申込回答日から3週間経っても連絡がない場合はお問い合わせください。

受診希望月	予約申込回答日
2025年4月～6月	2025年3月3日より順次予約回答します。
2025年7月～9月	2025年5月頃より予約申込回答します。
2025年10月～12月	2025年7月頃より予約申込回答します。
2026年1月～3月	

注意点

- お申込の際は、「支払依頼書（年度初め1枚提出必須）」と「予約申込書」を必ず併せてご提出下さい。両方ご提出頂いた事業所様より予約作業に入る為、いずれかご提出がないと大幅に遅れる場合がございます。支払依頼書と予約申込書はホームページからダウンロードできます。

生活習慣病予防健診のご案内 浦添 健診センター

検索

QRコード



- 希望日でお取りできない場合は、別日でのご案内となりますので、ご了承の程お願いいたします。
- 胃カメラの空枠がない場合は、胃バリウム検査で予約となり、胃カメラキャンセル待ちとなります。
- 予約申込後に事業所の名称及び保険証記号等の変更、または退職があった場合は、必ず事前にご連絡ください。保険証が変更になると当日受診できない場合や健診料金が全額実費となります。

2. お支払い方法について

お支払い方法は2025年度より【全て会社請求】・【全て窓口支払い】のどちらかとなります。

お支払い方法は会社単位で統一となりますのでご了承ください。

※個別対応はいたしかねます。

※領収書の再発行、会社・本人用等の2枚に分けての発行は行いませんのでご了承ください。



2025年2月 吉 日

社会医療法人 仁 愛 会
浦添総合病院健診センター
センター院長 福本 泰三

キャンセルポリシーの設定について

平素より当健診センターの健診業務に格別の御高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

当健診センターでは、できるだけ多くの方々に人間ドック・健康診断を提供させていただきたいと考えております。しかし、近年当日キャンセルが増加しており、健診を希望される他の方々の受診が出来なくなるなどの問題が生じております。

このため誠に恐縮ではございますが「キャンセルポリシー」を新たに設定させていただく事といたしました。

より多くの受診者様に快適な予約環境、健診を提供できますよう、今後も努力を重ねてまいります。皆様には、何卒ご理解ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

ご予約の前に、必ずご確認くださいませようお願い申し上げます。

浦添総合病院健診センター(以下「当健診センター」)は、以下のとおりキャンセルポリシーを定めます。

- 日程変更の場合は、受診3週間前までにご連絡をお願いいたします。
 - 体調不良など避けられない理由によるキャンセルの場合は、当日でも対応いたしますので、ご来院できない方は必ずご連絡ください。
 - 当日の遅刻について、時間によっては、検査終了が遅れることや、受診をお断りすることもございます。
- ※ご連絡がない場合はキャンセル扱いとさせていただきます。
- 当日の無断キャンセルは厳禁とさせていただきます。キャンセル料をいただく場合がございます。
 - 胃部X線(バリウム)・内視鏡検査(カメラ)を自己都合でキャンセルされる方は、事前案内が届いた時点でご連絡をお願いいたします。ご連絡いただけない場合、検査のキャンセル料が発生する場合がございます。

2025 年度
健診診断項目内容一覧表

全国健康保険協会生活習慣病予防健診(35 歳以上被保険者)					
検査項目/健診の種類	一般健診 (35 歳以上)	付加健診 (補助対象)	付加健診 ※金額変更あり (補助対象外)	半日ドック ※金額変更あり	定期健康診断 (法定 44 条)
通常料金 (税込)	5,282 円	7,971 円	20,385 円	26,017 円	—
特別割引料金 (4 月～5 月・1～3 月)	—	—	17,085 円	22,717 円	—
全国健康保険協会生活習慣病健診の対象年齢外(34 歳以下など)、又は被保険者ではない方					
通常料金 (税込)	22,000 円	33,968 円		39,600 円	9,900 円
特別割引料金 (4 月～5 月・1～3 月)				34,100 円	
身体計測	身長・体重・BMI・腹囲	○	○	○	○
感覚器検査	視力・聴力(1k/4k)	○	○	○	○
	眼底		○	○	
	眼圧			○	
呼吸器検査	胸部 X 線	○	○	○	○
	肺機能検査		○	○	
循環器検査	血圧・心電図	○	○	○	○
消化器検査	胃部 X 線または胃カメラ※・便潜血	○※	○※	○※	○※
	腹部 CT(肝・胆・腎)		○	○	
腎機能検査	尿検査(糖・蛋白・潜血)	○	○	○	○
	尿沈渣		○	○	
	BUN			○	
肝機能検査	AST・ALT・γ-GTP	○	○	○	○
	ALP	○	○	○	
	総蛋白・アルブミン・総ビリルビン・LDH		○	○	
	ZTT・ChE・HBs 抗原 HCV 抗体			○	
血中脂質検査	総コレステロール・中性脂肪・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	○	○	○	○
代謝系検査	空腹時血糖	○	○	○	○
	尿酸・クレアチニン	○	○	○	
	HbA1c			○	
血液一般検査	赤血球・白血球・Ht・Hb・血小板数	○	○	○	○
	血液像		○	○	
膵機能検査	血清アミラーゼ		○	○	
	尿アミラーゼ			○	
リウマチ検査	抗 CCP 抗体			○	
前立腺検査	PSA			○	
炎症反応検査	CRP			○	
	診察・支援	○	○	○	○

※胃内視鏡検査(胃カメラ)ご希望の方は別途5,500円(税込)の追加料金が発生致します。

* 午前の胃カメラは半日ドックの方を優先しております。一般・付加健診で胃カメラをご希望の方は午後健診のお申込みをお願いいたします。

☆糖尿病治療中の方は午前で調整いたします。

全国健康保険協会婦人健診・オプション項目のご案内
2025 度全国健康保険協会婦人健診対象の方

検査内容	対象年齢	金額(税込)
子宮頸がん検査 <要予約>	20歳 H17.4.2~H18.4.1 に生まれた方 22歳 H15.4.2~H16.4.1 // ・・・20歳以上2歳刻みで偶数年齢の方	970円
乳がん検査 (マンモグラフィ)<要予約>	40歳 S60.4.2~S61.4.1 に生まれた方	1,574円
	42歳 S58.4.2~S59.4.1 //	
	44歳 S56.4.2~S57.4.1 //	
	46歳 S54.4.2~S55.4.1 //	
	48歳 S52.4.2~S53.4.1 //	
	50歳 S50.4.2~S51.4.1 に生まれた方 ・・・50歳以上2歳刻みで偶数年齢の方	1,013円

* 年齢対象外の方は、オプションにてご案内しております。

* 検査によって予約人数制限がありますのでご希望の方はお早めにご予約ください。

オプション項目

検査項目	金額(税込)	
MR I・A(頭部)<午前8時に浦添総合病院へ直接お願いします> ※体内に金属等有りの方不可	22,000円	
肺がん検診セット <午前8時に浦添総合病院へ直接お願いします> (胸部CT・CEA・シフラ・proGRP)	20,350円	※変更
心臓・血管ドック※火・土曜日のみ<8時に浦添総合病院へ直接お願いします> ◆生活習慣病健診以上とあわせて実施	44,000円	※変更
動脈硬化検査(頸動脈エコー・ABI・PWV)	5,500円	
甲状腺エコー検査	3,300円	
心臓エコー検査	6,600円	
前立腺検査(PSA<男性>)※ドックに含まれています。	2,200円	※変更
大腸内視鏡検査(カメラ)<午後 火・金 > ※健康診断・半日ドック等との同日受診は不可	19,800円	※変更
ヘリコバクターピロリ菌抗体検査	1,100円	
腫瘍マーカー検査(CEA・AFP・CA19-9)	6,380円	
乳腺エコー検査(40才未満(女性))	4,400円	※変更
マンモグラフィ(40才以上(女性))	6,050円	
子宮頸がん検査(女性)	3,850円	
経膈エコー検査(女性)※子宮がん検査と併用必須	4,400円	※変更
HPV-RNA 検査(女性)※子宮がん検査と併用必須	4,400円	
骨粗しょう症検査(骨塩測定)	2,200円	
アレルギー検査(MAST36)36項目	15,279円	
甲状腺ホルモン検査(TSH・FT3・FT4)	4,268円	

※検査によっては結果後日報告書の対応となりますのでご了承ください。

NEW

オプション検査を 受けましょう！



肺がん検診セット (CT有)

- ★胸部CT検査
- ★腫瘍マーカー血液検査
CEA/proGRP/シフラ

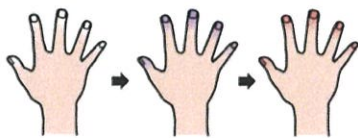
20,350 (税込) 円



肺がん検診セット (CT無)

- ★胸部レントゲン検査
- ★腫瘍マーカー血液検査
CEA/proGRP/シフラ

8,250 (税込) 円



膠原病

スクリーニング検査

- ★血中抗核抗体価
- ★血中抗CCP抗体価

3,520 (税込) 円



STDセット

子宮がん検査を
受けられる方が対象

- ★淋菌
- ★クラミジア

5,500 (税込) 円



ウイルスセット

- ★麻疹
- ★風疹
- ★水痘
- ★流行性耳下腺炎

11,000 (税込) 円

検査の詳細内容はホームページをご覧ください。
<https://www.urasoekenshin.com/>

社会医療法人仁愛会
浦添総合病院健診センター



2025年度 支払依頼書 (必ず予約申込書と併せてご送付ください) 浦添総合病院健診センターFAX先 098-879-1156

フリガナ
事業所名
(保険証の事業所名称)

必ず毎年度1回ご提出よろしくお願ひします。

担当者名: _____

(事業所住所) ※案内等各支店や出向先への別送は行いません。同法人でも、所在地・支払方法・発送先など異なる場合は各事業所毎にご記入後、ご提出お願いいたします。

〒 _____ 連絡先 TEL: _____ FAX: _____

事前問診資料発送先	事業所	・	自宅	※選択(○印)してください。	健康保険証	
					【01 保険者番号】	【 記号】

請求先住所
〒 _____

お支払方法について

※請求書が届きましたら翌月迄にお支払いください。

◆2025年度より【全て会社請求】・【全て窓口支払い】のどちらかのみとなります。
会社単位で統一となりますのでご了承ください。

① 【お支払方法】 全て会社請求(当日追加オプション項目も含む) ・ 全て窓口支払い

※選択(○印)してください。

領収書宛名	会社名	・	個人名	※領収書の再発行、会社・本人用等2枚に分けての発行は行いませんのでご了承ください
-------	-----	---	-----	--

② 全国健康保険協会生活習慣病予防健診(対象者) その他の項目

コース名	料金(税込)	検査名	料金(税込)
一般健診	5,282円	肝炎ウイルス検査(※過去に受診歴がない方対象)	582円
付加健診 (40/45/50/55/60/65/70歳の方)	7,971円	胃カメラ差額料(胃バリウムから変更した場合等)	5,500円
付加健診+ドック(40/45/50/55/60/65/70歳の方)	19,103円	鎮静剤(胃カメラにて投与した場合)	2,200円
付加健診(通常料金)(補助対象外)	20,385円	マンモグラフィー検査(協会けんぽ補助対象外)	6,050円
(特別割引 4~5月・1~3月)	17,085円	乳線エコー検査	4,400円
半日ドック(通常料金)	26,017円	子宮がん検査(協会けんぽ補助対象外)	3,850円
(特別割引 4~5月・1~3月)	22,717円	◆その他オプション項目のご案内に記載しております。	
乳がん検査(マンモグラフィー検査・40歳以上偶数年齢)	1,574円		
乳がん検査(マンモグラフィー検査・50歳以上偶数年齢)	1,013円		
子宮がん検査(20歳以上偶数年齢)	970円		

③ 全国健康保険協会生活習慣病予防健診の対象年齢にならない方(35未満の方) 又は被保険者ではない方(扶養者など)

コース名	料金(税込)
定期健康診断(法定健診44条)	9,900円
一般健診と同様内容	22,000円
付加健診と同様内容	33,968円
半日ドック(通常料金)	39,600円
(特別割引4~5月・1~3月)	34,100円

●午前の胃カメラは半日ドックの方を優先しております。一般・付加健診で胃カメラをご希望の方は午後健診のお申込みをお願いいたします。

●予約の際は必ず、この支払依頼書と別紙、予約申込書を併せてご提出よろしくお願ひします。

*上記お支払い方法・など、貴社社員皆さまへ必ずご周知くださいます様、ご協力の程何卒よろしくお願ひいたします。

健診センター 確認欄	①	月	日	②	月	日
別送メモ住所						

健診センター 確認欄	①	月 日	月 日
		②	

☆4月・5月・6月 予約分☆ (3/3より順次予約回答します。)

※上記期間以外の健診のご予約はお受けできませんので別紙、記入提出お願いいたします。

◆保険証が家族(被扶養者)・国民健康保険の方は、備考にご記入をお願いします。尚、保険証の変更がございましたら予約日前に必ずご連絡ください。

必ず、保険番号・記号など全て記入後、別紙、支払依頼書と予約申込書を併せてご送付ください。)

↓記入必須↓

※胃バリウム原則必須。胃がん検診希望なしの方は検査・備考欄にキャンセル理由番号まで記載必須。①治療中 ②他で受診済または予定がある ③身体的理由(アレルギー等)

保険証 番号 [本人]	フリガナ 氏名	性別	生年月日	希望受診日			健診コース ※ ○をつけてください	追加検査・備考 ※オプション項目希望記入	※新規予約者・住所変更 の場合記入をお願いします。	センター 確認 欄
				第1希望	第2希望	第3希望				
(例) 88	ウラソエ ケンジン (例) 浦添 健診	男 (女)	昭和 88年 8月 8日 平	4/1 午前	4/2 午後	4/3 午後	一般・付加 半日ドック	胃なし(理由番号)・胃カメラ マンモ・子宮← 予約追加記入	※保険証番号・日程等全て記入 後、必ず提出ください。	<input checked="" type="checkbox"/>
		男 女	年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後	一般・付加 半日ドック・定期 44 条		予約新規・予約変更(※選択) 自宅住所:	<input type="checkbox"/>
		男 女	年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後	一般・付加 半日ドック・定期 44 条		予約新規・予約変更 自宅住所:	<input type="checkbox"/>
		男 女	年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後	一般・付加 半日ドック・定期 44 条		予約新規・予約変更 自宅住所:	<input type="checkbox"/>
		男 女	年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後	一般・付加 半日ドック・定期 44 条		予約新規・予約変更 自宅住所:	<input type="checkbox"/>
		男 女	年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後	一般・付加 半日ドック・定期 44 条		予約新規・予約変更 自宅住所:	<input type="checkbox"/>

健診センター 確認欄	①	月 日	月 日
		②	

☆7月・8月・9月 予約分☆ (5月頃より予約回答します。)

※上記期間以外の健診のご予約はお受けできませんので別紙、記入提出をお願いします。

保険証が家族(被扶養者)・国民保険の方は備考に記入をお願いします。尚、保険証の変更がございましたら事前にご連絡ください。

必ず保険番号・記号など全て記入後、別紙、支払依頼書と予約申込書を併せてご送付ください。

↓記入必須↓ ※胃バリウム原則必須。胃がん検診希望なしの方は検査・備考欄にキャンセル理由番号まで記載必須。①治療中 ②他で受診済または予定がある ③身体的理由(アレルギー等)

保険証 番号 [本人]	フリガナ 氏名	性別	生年月日	希望受診日			健診コース ※ ○をつけてください	追加検査・備考 オプション項目希望記入	※新規予約者・住所変更 の場合記入をお願いします。	センター 確認 欄
				第1希望	第2希望	第3希望				
(例) 88	ウラノエ ケンシン (例) 浦添 健診	男 女 <input checked="" type="radio"/>	88年8月8日 平	7/1 午前 午後	7/2 午前 午後	7/3 午前 午後	胃なし(理由番号) 胃カメラ マンモ・子宮一 予約追加記入	※保険証番号・日程等全て記入 後、必ず提出ください。	<input checked="" type="checkbox"/>	
		男 女	年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後		予約新規・予約変更(※選択) 自宅住所:	<input type="checkbox"/>	
		男 女	年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後		予約新規・予約変更 自宅住所:	<input type="checkbox"/>	
		男 女	年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後		予約新規・予約変更 自宅住所:	<input type="checkbox"/>	
		男 女	年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後		予約新規・予約変更 自宅住所:	<input type="checkbox"/>	
		男 女	年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後		予約新規・予約変更 自宅住所:	<input type="checkbox"/>	

健診センター 確認欄	①	月 日	月 日
		②	

☆10月・11月・12月 予約分☆ (7月頃より予約回答します。)

※上記期間以外の健診のご予約はお受けできませんので別紙、記入提出をお願いします。

◆保険証が家族(被扶養者)・国民保険の方は備考に記入をお願いします。尚、保険証の変更がございましたら事前にご連絡ください。

保険番号・記号など全て記入後、別紙、支払依頼書と予約申込書を併せてご送付ください。

↓ 記入必須 ↓ ※胃バリウム原則必須。胃がん検診希望なしの方は検査・備考欄にキャンセル理由番号まで記載必須。①治療中 ②他で受診済または予定がある ③身体的理由(アレルギー等)

保険証 番号 [本人]	フリガナ 氏名	性別	生年月日	希望受診日			健診コース ※ ○をつけてください	追加検査・備考 ※ オプション項目希望記入	※新規予約者・住所変更 の場合記入をお願いします。	センター 確認
				第1希望	第2希望	第3希望				
(例) 88	ウラノエ ケンジン (例) 浦添 健診	男 (女)	88年8月8日 (昭和 平)	10/1 (午前) 午後	10/2 (午前) 午後	10/3 (午前) 午後	一般・付加 半日ドック 定期44条 半日ドック	胃なし(理由番号) 胃カメラ マンモ・子宮← 予約追加記入	※保険証番号・日程等全て記入 後、必ず提出ください。	<input checked="" type="checkbox"/>
		男 女	年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後	一般・付加 半日ドック・定期44条		予約新規・予約変更(※選択) 自宅住所:	<input type="checkbox"/>
		男 女	年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後	一般・付加 半日ドック・定期44条		予約新規・予約変更 自宅住所:	<input type="checkbox"/>
		男 女	年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後	一般・付加 半日ドック・定期44条		予約新規・予約変更 自宅住所:	<input type="checkbox"/>
		男 女	年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後	一般・付加 半日ドック・定期44条		予約新規・予約変更 自宅住所:	<input type="checkbox"/>
		男 女	年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後	一般・付加 半日ドック・定期44条		予約新規・予約変更 自宅住所:	<input type="checkbox"/>

※午前胃カメラ (税込5,500円) はドックの方をご案内しております。一般健診・付加健診の胃カメラご希望は午後ご案内します。

健診センター 確認欄	①	月 日	月 日
		②	

☆11月・2月・3月 予約分☆ (7月頃より予約回答します。)

※上記期間以外の健診のご予約はお受けできませんので別紙、記入提出をお願いします。

保険証が家族(被扶養者)・国民保険の方は備考に記入をお願いします。尚、保険証の変更がございましたら事前にご連絡ください。
保険番号・記号など全て記入後、別紙、支払依頼書と予約申込書を併せてご送付ください。

↓ 記入必須 ↓ ※胃バリウム原則必須。胃がん検診希望なしの方は検査・備考欄にキャンセル理由番号まで記載必須。

①治療中 ②他で受診済または予定がある ③身体的理由(アレルギー等)

保険証 番号 [本人]	フリガナ 氏名	性別	生年月日	希望受診日			健診コース ※ ○をつけてください	追加検査・備考 ※ オプション項目希望記入	新規予約者・住所変更 の場合記入をお願いします。	センター 確認
				第1希望	第2希望	第3希望				
(例) 88	ウテイエ ケンシン (例) 浦添 健診	男 女	88年8月8日 昭平	1/1 午前 午後	2/2 午前 午後	3/3 午前 午後	一般・付加 半日ドック 定期44条	胃なし(理由番号) 胃カワ マンモ・子宮← 予約追加記入	※保険証番号・日程等全て記入 後、必ず提出ください。	<input checked="" type="checkbox"/>
		男 女	年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後	一般・付加 半日ドック・定期44条		予約新規・予約変更(※選択) 自宅住所:	<input type="checkbox"/>
		男 女	年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後	一般・付加 半日ドック・定期44条		予約新規・予約変更 自宅住所:	<input type="checkbox"/>
		男 女	年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後	一般・付加 半日ドック・定期44条		予約新規・予約変更 自宅住所:	<input type="checkbox"/>
		男 女	年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後	一般・付加 半日ドック・定期44条		予約新規・予約変更 自宅住所:	<input type="checkbox"/>
		男 女	年 月 日	午前 午後	午前 午後	午前 午後	一般・付加 半日ドック・定期44条		予約新規・予約変更 自宅住所:	<input type="checkbox"/>

※午前胃カメラ(税込5,500円)はドックの方をご案内しております。一般健診・付加健診の胃カメラご希望は午後ご案内します。

健診結果報告書事業所控え送付について

社会医療法人仁愛会
浦添総合病院健診センター
センター院長 福本 泰三

平素より当健診センターをご利用いただき誠にありがとうございます。

当健診センターでは、健診結果報告書などの個人情報の取り扱いには慎重を期しております。2024年度より、個人情報保護の観点から健診結果報告書事業所控えの送付について、下記の通り変更いたします。

お忙しいなか大変恐れ入りますが、ご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。尚、ご不明な点がございましたら、お問合せください。

1. 健診結果報告書事業所控えの送付について
 - (1) 健診結果報告書発行依頼書による依頼を受けて、発行・送付いたします。
 - (2) 健診結果報告書事業所控えの送付には、受診翌月から1~2ヶ月を要します。
2. 誤発送防止の観点から、結果報告書の発送は健診予約時の支払依頼書と同住所のみ対応いたします。
3. 健診結果報告書事業所控えの送付について、受診者本人の同意を確認し同意を得られた受診者が対象となります。
4. 受診者本人への結果郵送方法には変更はありません。

〒901-2132 沖縄県浦添市伊祖3丁目42番地15号
社会医療法人 仁愛会 浦添総合病院健診センター
TEL: 0570-010-986

健診結果報告書（事業所控え）発行依頼書

社会医療法人仁愛会 浦添総合病院健診センター

結果報告書担当者 行

FAX : 098-879-1156

下記のとおり、健診結果報告書（事業所控え）を発行願います。

なお、健診結果の提供につきましては各従業員の同意を得ており、健康管理以外の目的で使用しないことを、ここに誓約いたします。

年 月 日

受診期間： 年 月分

〒

※健診予約時の支払い依頼書と同住所でお願いいたします。

住所 _____

事業所名 _____

代表者 _____

担当者名 _____ 印

電話番号 _____ FAX 番号 _____

※この依頼書を受理後、健診結果報告書を送付いたします。

貴事業所従業員の受診の翌月から受付いたします。期日前の申し込みはお受けできませんので、ご了承ください。

お忙しい中大変恐れ入りますが、個人情報の扱いに慎重を期すためご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

〒901-2132 沖縄県浦添市伊祖 3 丁目 42 番地 15 号

社会医療法人仁愛会 浦添総合病院健診センター

TEL : 0570-010-986