

女性配偶者（40歳以上）各位

甲信越しんきん健康保険組合

## 【巡回レディース健診のご案内】

奥様方の健診の受診機会を増やすため、今年度も引き続き巡回によるレディース健診を実施します。

この健診は全国各地の公共施設や健診機関施設等で行われている巡回健診ですので、比較的近隣の会場で受診できます。受診を希望する方は同封の会場一覧から会場をお選びいただきお申し込みください。

また、この健診は日帰りドック並の検査項目を実施するため健診料金が若干高めですが、半日程度で全ての項目が1ヵ所で受けられる利便性があります。

なお、例年実施しておりますご主人の金庫での健康スクリーニングや人間ドック並びに特定健診、婦人科健診の単独実施等を実施されても結構ですが、本健診と他の健診との重複補助はできませんのでご注意ください。

## 【申込方法】

- ① 別紙の会場一覧で会場と日程をご選択いただき、同封の「巡回レディース健康診断申込用紙」に必要事項をご記入の上、同封の返信用封筒にて一般社団法人 全国健康増進協議会宛にご郵送ください。
- ② 健康診断申込後3～4週間後に各エリアの実施機関より日程決定通知（ハガキ）をご自宅に郵送いたします。
- ③ 各エリアの実施機関より、健診に必要な書類（問診票・注意事項・受付時間・会場地図等）を健診日の1～2週間前までにご自宅に郵送いたします。
- ④ ご案内の内容に従い、必要書類をご持参のうえ、決定会場にてご受診ください。  
※受付時間は実施機関にて指定させていただきますのであらかじめご了承ください。健診は午前中のみです。
- ⑤ 受診日より1ヶ月ほどで、健診結果をご自宅に送付いたします。  
※健康診断により知り得た情報は、あなたの健康管理に役立てることを目的に利用し、第三者に遺漏することの無いよう厳重に保管いたします。  
尚、健診結果のコピーを健保組合に提出する必要はありません。

## 【申し込み締切日】

申し込みの締切日は受診希望日の前々月20日（必着）までですが、会場ごとに定員があり、先着順となりますのでお早めにお申し込みください。

（例）：10月2日実施予定日の場合 → 8月20日までにお申し込みください。

締切日を過ぎてのお申し込みにつきましては、ご希望の会場で受診いただけない場合もありますので、まずはお電話にてお問い合わせください。なお、巡回健診の為、万一、申込者数が少なかった場合は中止にする場合がありますのであらかじめご了承ください。

※会場や日程の変更、会場の非開催等が生じた場合は全国健康増進協議会より別途、連絡がいきます。

## 【健診の項目・費用】

下記の、基本検査項目（必須）とオプション検査項目があります。それぞれの受診者負担金を健診当日、会場の窓口でお支払いください。

なお、受診者負担額は検査費用総額から健保補助額を差し引いた額になりますので、ここから更に健保組合からの補助はありませんのでご注意ください。

（例）基本検査と婦人科検査（子宮頸部細胞診とマンモグラフィ）、便潜血検査を希望した場合

	基本検査	子宮頸部細胞診	乳房X線検査	便潜血検査	総額
検査費用総額 (A)	17,160 円	6,050 円	6,600 円	1,760 円	31,570 円
受診者負担額 (B)	<b>7,000 円</b>	<b>3,000 円</b>	<b>3,000 円</b>	<b>0 円</b>	<b>13,000 円</b>
健保補助額 (A)-(B)	10,160 円	3,050 円	3,600 円	1,760 円	18,570 円

**【基本検査項目】(必須項目)**

(税込)

検査項目	この検査でわかること	検査費用総額	受診者負担額
身体計測 (身長・体重・BMI・腹囲)	肥満度の算出等	17,160 円	7,000 円
視力検査	視力低下等		
聴力検査 (1000Hz・4000Hz)	聴覚障害の有無		
血圧測定	高血圧症、低血圧症のチェック		
問診・医師診察 (聴打診)	自覚症状の有無		
胸部X線検査 (直接撮影)	胸部疾患のチェック		
尿検査 (糖・蛋白・潜血)	糖尿病、腎臓疾患等のチェック		
心電図検査 (12誘導)	心疾患、循環器疾患の発見		
血液検査 (21項目)	貧血、脂質、肝・腎機能、糖尿病、循環器系疾患等の発見		

※基本検査の自己負担額 7,000 円には事務管理費用(検査キット代含む) 2,860 円が含まれています。

**【オプション検査項目】**

(税込)

検査項目	この検査でわかること	検査費用総額	受診者負担額	
子宮頸部細胞診 (医師採取法)	子宮がん等の検査	6,050 円	3,000 円	
子宮頸部細胞診 (医師採取法) + HPV 検査	子宮頸がんのウイルスに感染しているか調べる検査	11,550 円	8,500 円	
乳房X線検査 ※1 (エコー検査)	乳がん、その他乳房疾患の発見	6,050 円	3,000 円	
乳房X線検査 ※1 (マンモグラフィ2方向)	乳がん、その他乳房疾患の発見	6,600 円	3,000 円	
胃部X線検査 (間接撮影)	胃・十二指腸疾患の発見	5,500 円	1,000 円	
便潜血検査 (2回法)	大腸疾患のチェック	1,760 円	0 円	
<b>*以下のオプションは、全額自己負担になります。</b>				
腹部超音波	肝臓、胆嚢、膵臓、腎臓等の疾患	5,500 円	5,500 円	
骨密度検査 ※2	骨粗しょう症のリスクを検査	2,200 円	2,200 円	
眼底検査	動脈硬化の程度や緑内障等の発見	2,200 円	2,200 円	
肝炎検査	B型抗原	B型肝炎ウイルスの有無	3,300 円	3,300 円
	C型抗原	C型肝炎ウイルスの有無	3,300 円	3,300 円
腫瘍マーカー	AFP	肝臓がん等	2,200 円	2,200 円
	CEA	消化器系のがん等	2,200 円	2,200 円
	CA125	卵巣・子宮がん等	2,200 円	2,200 円
	CA19-9	すい臓・胆嚢がん等	2,200 円	2,200 円

※1 乳房X線検査はエコー検査かマンモグラフィの何れかを選択してください。(重複検査はできません)

※2 骨密度検査の実施できる会場は甲信越管外に限られます。骨密度検査を希望する場合は実施可能な会場(県外の会場)をご案内しますので健保組合(Tel 026-228-6497)までお問合せください。

**【お問合せ先】**

一般社団法人 全国健康増進協議会 TEL: 03-5803-3377 FAX: 03-5803-3370

(月曜～金曜日の9:00～16:00 ただし、12:00～13:00を除く。土日・祝日は休み)

◎郵送先

〒112-8790

東京都文京区小石川 1-10-13

小石川文天ビル5階

一般社団法人 全国健康増進協議会

巡回レディース健康診断 担当者 御中

封筒の裏面に、申込者の住所、氏名を忘れずをお願いします。

※封筒住所欄に切ってお使いください。

112-8790

一般社団法人 全国健康増進協議会  
巡回レディース健康診断 担当者 御中

東京都文京区小石川 1-10-13  
小石川文天ビル5階

# 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
- ・個人情報の取り扱いについて**必ずご署名願います**

NO.

① 健保組合	名称	甲信越しんきん健康保険組合		
	保険証番号	記号	番号	



② 受診者	受診者氏名	フリガナ	被保険者との続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者	
		漢字			
	生年月日	西暦	年	月	日 ( 歳 )
	住所	2024年3月31日時点での年齢をご記入ください			
	※マンション等にお住まいの方は建物名・部屋番号等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			
	( )				
③ 被保険者	事業所名・任意継続				
	被保険者氏名				

④ 希望会場	会場名	会場コード (9ケタ)	※お申込みは、受診希望日の前々月20日までになります。
		必ずご記入ください	受診希望日
	第1希望		年 月 日
	第2希望		年 月 日
			年 月 日
第3希望			年 月 日

⑤ 実施する基本コース (必須) とオプション検査	希望するものに○をつけてください	検査項目	自己負担 (税込)
	<input type="radio"/>	巡回レディース基本検査	
オプション検査	選択	子宮頸部細胞診 (医師採取法)	3,000円
		子宮頸部細胞診 (医師採取法) + HPV検査	8,500円
	選択	乳房X線検査 (エコー) ※マンモグラフィとの重複不可	3,000円
		乳房X線検査 (マンモグラフィ) エコーとの重複不可	3,000円
		腹部超音波 (5臓器)	5,500円
		胃部X線検査	1,000円
		大腸癌検査 (便潜血2回法)	0円
		骨密度検査	2,200円
		眼底検査	2,200円
		肝炎検査 (B型肝炎)	3,300円
		肝炎検査 (C型肝炎)	3,300円
		腫瘍マーカー (AFP 肝臓)	2,200円
		腫瘍マーカー (CEA 消化器)	2,200円
		腫瘍マーカー (CA125 卵巣・子宮)	2,200円
	腫瘍マーカー (19-9 すい臓 胆のう)	2,200円	

※一部の会場では乳房X線検査と骨密度検査を実施いたしませんので、申込時に会場一覧でご確認をお願いします。  
 ※上記以外のオプション検査の料金を追加した場合の自己負担については、健診会場でご確認ください (健保補助はありません)。

【個人情報の取扱いについて】

【利用目的】当申込書による個人情報は適正な健康診断業務を行うために実施するものです。当申込書に必要な情報の記載がない場合、適正な健康診断業務に支障をきたす恐れがありますのでご了承ください。

【委託】個人情報取扱業務の一部を外部専門機関に委託する場合がございますが、この外部機関は、当会で定めた規程に基づいて選定し、個人情報の取扱いに関する契約を交わします。

【提供】健康診断の実施主体である健康保険組合に対し、契約に基づき健診結果につきましては、提供することがあります。報告に同意されない方は、お申し出ください。

【開示・訂正】当会の管理するすべての個人情報につきましては、ご本人による開示・訂正・削除・利用停止等の権利を行使することができます。この場合は次の個人情報窓口までご連絡ください。

(お問合せ：TEL03-5803-3377代表)

「個人情報の取扱いについて」同意します。 **ご署名**

〔全健協使用欄〕

受付	処理	完了

一般社団法人 全国健康増進協議会

20041