大阪府医師会保健医療センター

全国健康保険協会「生活習慣病予防健診」予約から健診結果発送までの流れ

全国健康保険協会（協会けんぽ）より事業所へ送付される「健診対象者一覧表」があれば、お手元にご用意ください。

１．お電話（06-6768-1450）にて、「生活習慣病予防健診」対象者の日程調整をさせていただきます。

※当センターでの受診期間：令和７年４月１日（火）～令和８年３月16日(月)まで
※令和８年１月以降のご予約は令和７年５月以降に受付可能となります

（35歳未満･協会非加入の方等、対象者ではない方の定期健康診断についてもご相談ください）

［ 日時決定 ］

２．お申込いただく方の一覧表(※)をご用意いただき、必要事項をご記入のうえ大阪府医師会保健医療センターにFAX（06-6764-5006）してください。

(※)一覧表は、①～③のいずれかをご利用ください。

①**「健診対象者一覧表」**（協会けんぽより３月下旬に送付予定、氏名等印字有）
…一覧表の情報と異なる点(例：再雇用等による被保険者番号の変更など)があれば必ず修正のうえ使用してください。
②**「生活習慣病予防健診申込一覧表《大阪府医師会保健医療センター専用》」**
…当案内に同封の様式、もしくは当センターのホームページからダウンロード可
③ **事業所独自の様式**（①に準じた様式なら可）

［ 申込手続き完了 ］

３．大阪府医師会保健医療センターから、健康診断のご案内（問診票、採便・採尿容器等）をお送りします（上記FAXをいただかないと、ご案内を送付できません）。

［ 問診票記入、採便・採尿 ］

４．ご案内の日時に、大阪府医師会保健医療センター受付（３階窓口）へお越しください。（健診料金は当日窓口にてお支払いください。後日お振込み等をご希望の場合は必ず事前にご相談ください。）

［ 健診受診 ］

５．健診受診後、約２週間～３週間後に健診結果をお送りします。

（保健医療センター記入欄）

〒543-0011
大阪府大阪市天王寺区清水谷町 19-14
大阪府医師会保健医療センター
TEL 06-6768-1450　FAX 06-6764-5006
（担当：　　）

【ご予約・ご記入にあたり】

★ まずは**お電話**にて健診日時を決定してください。

★ **①保険者番号**・**②記号**・**③番号**も必ずご記入ください（記入例をご参照ください）。

全国健康保険協会（協会けんぽ）
生活習慣病予防健診申込者一覧表　《大阪府医師会保健医療センター専用用紙》

★必要事項（太枠内）を記入して下さい。

（1）事業所情報

（住所）（〒　　－　　）

（名称）（フリガナ）

担当者名
ＴＥＬ
ＦＡＸ

→案内送付先が異なる場合（支店・個人宅等）は記入下さい。

（住所）（〒　　－　　）

（名称）（フリガナ）

担当者名
ＴＥＬ
ＦＡＸ

（2）申込者情報

①保険者番号（８桁）	**②記号**（７～８桁）
01＿＿＿＿＿	

◎重複受診にご注意ください。
（協会けんぽによる健診は、本年度内に１回のみご利用可能）

③番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	↓希望する項目を”○”で囲んで下さい↓ 健診種別		一般健診オプション			健診予約日	備考
		男・女	S・H　年　月　日	一般健診	子宮頸がん（単独）	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	年　月　日	（　：　）
		男・女	S・H　年　月　日	一般健診	子宮頸がん（単独）	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	年　月　日	（　：　）
		男・女	S・H　年　月　日	一般健診	子宮頸がん（単独）	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	年　月　日	（　：　）
		男・女	S・H　年　月　日	一般健診	子宮頸がん（単独）	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	年　月　日	（　：　）
		男・女	S・H　年　月　日	一般健診	子宮頸がん（単独）	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	年　月　日	（　：　）
		男・女	S・H　年　月　日	一般健診	子宮頸がん（単独）	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	年　月　日	（　：　）
		男・女	S・H　年　月　日	一般健診	子宮頸がん（単独）	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	年　月　日	（　：　）
		男・女	S・H　年　月　日	一般健診	子宮頸がん（単独）	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	年　月　日	（　：　）

★記入後、当センターへ FAX(06-6764-5006)で送付して下さい。
（郵送等による協会けんぽへの申込手続きは不要）

＜令和７年度版＞

（保健医療センター記入欄）

記入例

全国健康保険協会（協会けんぽ）
生活習慣病予防健診申込者一覧表　《大阪府医師会保健医療センター専用用紙》

★必要事項（①および②太枠内）を記入して下さい。

（1）事業所情報

（所在地）（〒●●●－●●●●）
（事業所住所を記入してください）

（ﾌﾘｶﾞﾅ）
（名称）　**（事業所名称を記入してください）**

担当者名　●●●　●●●
ＴＥＬ　●●－●●●●－●●●●
ＦＡＸ　●●－●●●●－●●●●

健康保険資格確認書　本人（被保険者）
令和●●年●月●日交付
記号 12345678　番号 ★
ｲｼｶｲ　ﾀﾛｳ
氏名　医師会　太郎
生年月日　昭和 50 年 4 月 10 日
資格取得日　令和●年●月●日
有効期限　令和●年●月●日

保険者番号　01234567
保険者名称　全国健康保険協会　●●支部
保険者所在地　●●●●●●

例

（2）申込者情報

①保険者番号（８桁）	②記号（７～８桁）
01234567	12345678

◎重複受診にご注意ください。
（協会けんぽによる健診は、本年度内に１回のみご利用可能）

③番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	↓希望する項目を"○"で囲んで下さい↓ 健診種別		一般健診オプション			健診予約日	備考
★	イシカイ　タロウ 医師会　太郎	男・女	S・H 50 年 4月10日	一般健診	子宮頸がん（単独）	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	5年 7月 15 日	
		男・女	S・H　年　月　日	一般健診	子宮頸がん（単独）	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	年　月　日	
		男・女	S・H　年　月　日	一般健診	子宮頸がん（単独）	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	年　月　日	

お電話による健診日時の決定後に
必要事項（1)事業所情報、(2)申込者情報
[保険者番号]　[記号]　[番号]　を
ご記入の上 FAX お願い致します。

※ [保険者番号] [記号] [番号]は、以下のいずれかで必ずご確認ください。

●健康保険証　●資格確認書　●資格情報のお知らせ
●マイナポータルの資格情報画面（スマートフォンからログイン）

★記入後、当センターへ FAX（06-6764-5006）で送付して下さい。
（郵送等による協会けんぽへの申込手続きは不要）