

# 2027 (R8) 年度【協会けんぽ】健康診断予約票

一社)那覇市医師会 生活習慣病健診センター  
 TEL【098-860-3017】 FAX【098-860-6696】

|        |       |       |                |
|--------|-------|-------|----------------|
| フリガナ   | ご担当者  | TEL:  | FAX:           |
| 事業所名称: | _____ | _____ | _____          |
| 事業所住所: | 保険者番号 | 記号    | 全国健康保険協会<br>支部 |
| _____  | _____ | _____ | _____          |

【確認事項】\*ご住所が重複する場合、同上と記載するか各項目のアルファベット (A~C) と同様とお書きください

| A.問診票郵送先 ①事業所 (住所を記載してください) ②自宅 (予約リストに記載)   |       | ①か②記載↓ | 備考               |
|--|-------|--------|------------------|
| 〒  | _____ | _____  | _____            |
| B.結果郵送先 ①事業所 (住所を記載してください) ②自宅 (予約リストに記載)    |       | ①か②記載↓ | 備考               |
| 〒  | _____ | _____  | _____            |
| C.お支払い方法 ①請求書発行 (発送先住所を記載してください) ②当日受診者より支払い |       | ①か②記載↓ | 備考 (オプションは本人払い等) |
| 〒  | _____ | _____  | _____            |

健診コースに①~⑥の記載をしてください。

①協会一般健診 (若年層) ②協会一般健診 (35歳以上) ③協会節目健診 (35歳以上) ④協会一般+ドック ⑤協会ドック【新設】注1 ⑥協会子宮のみ

※料金等は当センターホームページにてご確認ください。『健診申し込み資料ダウンロードの3. (2026年度) 検査項目一覧表(コース別)』

注1:協会ドック【新設】はすべての項目を実施することで¥25,000補助となります、未実施項目があった場合は定価となります。

## 【 予 約 者 名 簿 】

| 保険証<br>番号 | 漢字氏名   | フリガナ     | 生年月日     | 性別     | 健診コース | オプション     | 希望日①        | 時間<br>帯 | 希望日②        | 時間<br>帯 | 受診者住所(発送先が個人の場合)<br>※郵便番号も合わせてご記入ください      | 備考    |
|-----------|--------|----------|----------|--------|-------|-----------|-------------|---------|-------------|---------|--|-------|
| 100       | 医師会 花子 | イシカイ ハナコ | S57.8.28 | 男<br>女 | ②協会一般 | マンモ<br>子宮 | 2026/4/1(水) | AM      | 2026/4/2(木) | AM      | 〒900-0016<br>那覇市東町26-1ケンシンセンターマンション医師会101号 | 旧姓 那覇 |
| 1         |        |          |          |        |       |           |             |         |             |         | 〒  |       |
| 2         |        |          |          |        |       |           |             |         |             |         | 〒  |       |
| 3         |        |          |          |        |       |           |             |         |             |         | 〒  |       |
| 4         |        |          |          |        |       |           |             |         |             |         | 〒  |       |
| 5         |        |          |          |        |       |           |             |         |             |         | 〒  |       |

| 保険証<br>番号 | 漢字氏名 | フリガナ | 生年月日 | 性<br>別 | 健診コース | オプション | 希望日① | 時<br>間<br>帯 | 希望日② | 時<br>間<br>帯 | 受診者住所(発送先が個人の場合)<br>※郵便番号も合わせてご記入ください | 備考 |
|-----------|------|------|------|--------|-------|-------|------|-------------|------|-------------|---------------------------------------|----|
| 6         |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 7         |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 8         |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 9         |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 10        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 11        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 12        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 13        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 14        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 15        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 16        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 17        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 18        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 19        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 20        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |

| 保険証<br>番号 | 漢字氏名 | フリガナ | 生年月日 | 性<br>別 | 健診コース | オプション | 希望日① | 時<br>間<br>帯 | 希望日② | 時<br>間<br>帯 | 受診者住所(発送先が個人の場合)<br>※郵便番号も合わせてご記入ください | 備考 |
|-----------|------|------|------|--------|-------|-------|------|-------------|------|-------------|---------------------------------------|----|
| 21        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 22        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 23        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 24        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 25        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 26        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 27        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 28        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 29        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 30        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 31        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 32        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 33        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 34        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 35        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |

| 保険証<br>番号 | 漢字氏名 | フリガナ | 生年月日 | 性<br>別 | 健診コース | オプション | 希望日① | 時<br>間<br>帯 | 希望日② | 時<br>間<br>帯 | 受診者住所(発送先が個人の場合)<br>※郵便番号も合わせてご記入ください | 備考 |
|-----------|------|------|------|--------|-------|-------|------|-------------|------|-------------|---------------------------------------|----|
| 36        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 37        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 38        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 39        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 40        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 41        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 42        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 43        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 44        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 45        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 46        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 47        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 48        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 49        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 50        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |

| 保険証<br>番号 | 漢字氏名 | フリガナ | 生年月日 | 性<br>別 | 健診コース | オプション | 希望日① | 時<br>間<br>帯 | 希望日② | 時<br>間<br>帯 | 受診者住所(発送先が個人の場合)<br>※郵便番号も合わせてご記入ください | 備考 |
|-----------|------|------|------|--------|-------|-------|------|-------------|------|-------------|---------------------------------------|----|
| 51        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 52        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 53        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 54        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 55        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 56        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 57        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 58        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 59        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 60        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 61        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 62        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 63        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 64        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 65        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |

| 保険証<br>番号 | 漢字氏名 | フリガナ | 生年月日 | 性<br>別 | 健診コース | オプション | 希望日① | 時<br>間<br>帯 | 希望日② | 時<br>間<br>帯 | 受診者住所(発送先が個人の場合)<br>※郵便番号も合わせてご記入ください | 備考 |
|-----------|------|------|------|--------|-------|-------|------|-------------|------|-------------|---------------------------------------|----|
| 66        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 67        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 68        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 69        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 70        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 71        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 72        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 73        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 74        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 75        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 76        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 77        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 78        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 79        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |
| 80        |      |      |      |        |       |       |      |             |      |             | 〒                                     |    |

| 保険証<br>番号 | 漢字氏名 | フリガナ | 生年月日 | 性別 | 健診コース | オプション | 希望日① | 時間<br>帯 | 希望日② | 時間<br>帯 | 受診者住所(発送先が個人の場合)<br>※郵便番号も合わせてご記入ください | 備考 |
|-----------|------|------|------|----|-------|-------|------|---------|------|---------|---------------------------------------|----|
| 81        |      |      |      |    |       |       |      |         |      |         | 〒                                     |    |
| 82        |      |      |      |    |       |       |      |         |      |         | 〒                                     |    |
| 83        |      |      |      |    |       |       |      |         |      |         | 〒                                     |    |
| 84        |      |      |      |    |       |       |      |         |      |         | 〒                                     |    |
| 85        |      |      |      |    |       |       |      |         |      |         | 〒                                     |    |
| 86        |      |      |      |    |       |       |      |         |      |         | 〒                                     |    |
| 87        |      |      |      |    |       |       |      |         |      |         | 〒                                     |    |
| 88        |      |      |      |    |       |       |      |         |      |         | 〒                                     |    |
| 89        |      |      |      |    |       |       |      |         |      |         | 〒                                     |    |
| 90        |      |      |      |    |       |       |      |         |      |         | 〒                                     |    |
| 91        |      |      |      |    |       |       |      |         |      |         | 〒                                     |    |
| 92        |      |      |      |    |       |       |      |         |      |         | 〒                                     |    |
| 93        |      |      |      |    |       |       |      |         |      |         | 〒                                     |    |
| 94        |      |      |      |    |       |       |      |         |      |         | 〒                                     |    |
| 95        |      |      |      |    |       |       |      |         |      |         | 〒                                     |    |