# 2026(R8)年度【協会けんぽ】健康診断予約表

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】

ﾌﾘｶﾞﾅ　　ご担当者
事業所名称：　　TEL:　　FAX:
事業所住所：　　保険者番号　　記号　　全国健康保険協会　　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　⑦法定健診**

※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 | 時間帯 | 希望日② | 時間帯 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 記入例 | 100 | 医師会　花子 | イシカイ　ハナコ | S57.8.28 | 男・(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 | | | | | | | | | | | | 〒 | |

**2026(R8)年度【協会けんぽ】健康診断予約表**

**一社)那覇市医師会　生活習慣病検診センター　TEL：098-860-3017　FAX：098-860-6696**

| | 保険証番号 | 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 | 時間帯 | 希望日② | 時間帯 | 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 | | | | | | | | | | | | 〒 | |

**2026(R8)年度【協会けんぽ】健康診断予約表**

**一社)那覇市医師会　生活習慣病検診センター　TEL：098-860-3017　FAX：098-860-6696**

| | 保険証番号 | 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 | 時間帯 | 希望日② | 時間帯 | 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 | | | | | | | | | | | | 〒 | |

**2026(R8)年度【協会けんぽ】健康診断予約表**

**一社)那覇市医師会　生活習慣病検診センター　TEL：098-860-3017　FAX：098-860-6696**

| | 保険証番号 | 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 | 時間帯 | 希望日② | 時間帯 | 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 | | | | | | | | | | | | 〒 | |

**2026(R8)年度【協会けんぽ】健康診断予約表**

**一社)那覇市医師会　生活習慣病検診センター　TEL：098-860-3017　FAX：098-860-6696**

| | 保険証番号 | 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 | 時間帯 | 希望日② | 時間帯 | 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 | | | | | | | | | | | | 〒 | |

**2026(R8)年度【協会けんぽ】健康診断予約表**

**一社)那覇市医師会　生活習慣病検診センター　TEL：098-860-3017　FAX：098-860-6696**

| | 保険証番号 | 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 | 時間帯 | 希望日② | 時間帯 | 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 | | | | | | | | | | | | 〒 | |

**2026(R8)年度【協会けんぽ】健康診断予約表**

**一社)那覇市医師会　生活習慣病検診センター　TEL：098-860-3017　FAX：098-860-6696**

| | 保険証番号 | 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 | 時間帯 | 希望日② | 時間帯 | 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 | | | | | | | | | | | | 〒 | |