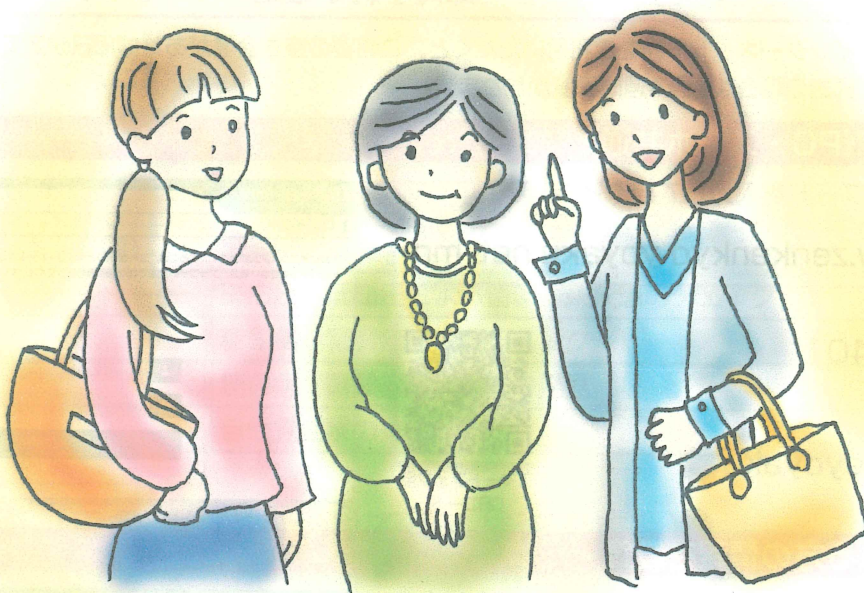


健診受診は健康づくりの第一歩！ 年に1度は受診してください

巡回レディース健康診断のご案内

特定健診
対応

今回ご案内の巡回レディース健診は、各種がん検診もご受診することができる健康診断です。是非この機会での受診をお奨めします。完全予約制、申込みはインターネットもしくは郵送、結果受取は郵送。健診当日に会場に出向くだけの簡単・手軽な健診です。

申込方法	(推奨) インターネット	郵 送
1 ● お申込み インターネット10分 郵送10分+投函	● 健診予約サイトにアクセスし、「健康診断のお申込み」をクリックして登録してください。	● 巡回レディース健康診断申込用紙に必要事項を記入し、同封の返信用封筒にてご返送ください。 ● 受診月ごとに申込締切日があります。(2ページに記載)
2 ● 申込受理兼、日程決定通知 インターネット10秒 郵送は4週間	● お申込みをされた方には、予約確定確認メールが送信されます。 ● お申込みをした会場で即時、日程が確定となります。	● 申込書受付から4週間以内に、実施健診機関から申込受理兼、日程決定通知ハガキをご自宅に郵送いたします。
3 ● 健診必要書類お届け	※キャンセル、変更は、実施健診機関に連絡してください。 ※会場や日程の変更、中止の場合には、実施健診機関から連絡をいたします。	
4 ● 健診受診 90～120分程度	・書類や検体をお持ちの上、指定の受付時間に健診会場へお越しください。 ※受付時間は、実施健診機関にて指定させていただきます。	
5 ● 健診結果通知お届け	・受診の約1か月後に、健診結果をご自宅に郵送します。 ※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、第三者に漏洩することのないよう厳重に保管いたします。	

← 裏面にご自身の受診日を記載して忘れず受診しましょう！



巡回レディース健診はインターネットからのお申込みをお勧めします

受診者の80%がインターネットで申込みしています

インターネット予約でいつでも便利に10分ですぐできます。
パソコン・スマホからもお申込みいただけます。
またご希望の会場・日程で**即時予約が確定**いたします。

インターネット予約をご利用いただくと、ご希望の空き会場があれば即日決定できます。
郵送の場合は最長4週間程度かかります。

① HPにアクセス《PC・スマホ共通》

ユーザーIDとパスワードを入力してログイン

<https://www.zenkenkyo-yoyaku.net/mn>



06090401



tgtr25zeyoyaku



スマートフォン用
QRコード

② 健診を受診される方の情報を登録

「健康診断のお申込み」をクリックし、情報を入力します。

③ 希望の会場・日程を選択

選択会場にて予約が確定します。

実施日	会場名	予約可能	予約済み	住所
○ 2019年 3月 28日(木)	下妻市立文化会館	X	○	下妻市本町3-35 (〒305-0801)
○ 2019年 3月 28日(木)	取手市立福祉会館	○	○	取手市東1-1-5 (〒305-0801)
○ 2019年 3月 29日(金)	牛久市中央生涯学習センター	X	○	牛久市松田町1606-1 (〒850-0201)
○ 2019年 3月 28日(木)	つくば国際会議場	○	○	つくば市竹園2-20-3 (〒305-0801)
○ 2019年 3月 29日(金)		○	○	

④ 受診項目を選択

コース名	自己負担額
○ 子宮頸がん検診 (医師検診)	0円
○ 乳房超音波検診 (エコー)	0円
○ 乳房X線検診 (マンモグラフィ)	0円
○ 胸部X線検診	0円
○ 腹部X線検診	0円
○ 便潜血検査	0円
○ 眼底	0円

⑤ 申込内容確認画面で内容を確認し、「申込」ボタンをクリック

ご登録のメールアドレスに予約確定確認メールが届きます。これでお申込み手続きは完了です。

変更・キャンセルは、予約確定確認メールに記載されている実施健診機関にご連絡ください。

予約確定確認のメールは、次のアドレスで自動配信されます。no-reply@zenkenkyo-yoyaku.net

受信拒否設定の解除をあらかじめお願いします。

健康診断の内容

お申込みには期限があります！

お申込みは先着順となりますのでお早めにお申込みください！！

健診の項目・費用

基本検査

検査項目	この検査でわかること	自己負担金(税込)
身体測定(身長・体重・腹囲)	肥満度の算出	0円
血圧測定	高血圧、低血圧による循環器系疾患のチェック	
尿検査	糖尿病、腎臓疾患等のチェック	
血液検査	糖尿病、循環器系疾患等の発見	
内科一般診察	自他覚症状の有無	

オプション検査(ご希望により受けて頂く検査です。)

検査項目	この検査について	自己負担金(税込)
大腸がん検査(便潜血2回法)	大腸疾患のチェック	0円
乳房超音波検査(エコー)	いずれかを 選択	0円
乳房X線検査(マンモグラフィ)※1		0円
子宮頸部細胞診	子宮がん等の検査	0円
HPV検査 ※2	子宮頸がんの原因であるヒトパピローマウイルスの有無をチェック	5,500円
胃部X線検査	胃・十二指腸疾患の発見	5,500円
腹部超音波検査	胆嚢・肝臓・脾臓・腎臓・脾臓を調べる検査	5,500円

※ オプション検査をご希望の場合は、『巡回レディース健康診断申込用紙』の希望項目に○印をご記入ください。

※1 健診会場によっては乳房X線検査(マンモグラフィ)ができない場合がございますので、巡回レディース健診受診会場リストでご確認をお願いいたします。

※2 HPV検査は、子宮頸部細胞診とセットでの受診となります。HPV検査のみでの受診はできません。

申込締切日

2025年12月20日までに、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ご返信をお願いいたします。

お申込みは、受診希望月の前々月20日(必着)までです。

申込み例) 12月5日希望 ⇒ 10月20日までに申込み

申込期限を過ぎてのお申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ございます。

なお、巡回健診のため、万一定員数に満たない場合は中止する場合がござい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別途ご連絡いたします。

お問合せ先

一般社団法人 全国健康増進協議会

✉ : zenkenkyo-yoyaku@zenkenkyo.net

HP : <https://www.zenkenkyo.net> (「全健協」で検索)

【個人情報の取り扱いについて】

当会において、ご記入いただいた個人情報は、健康診断の予約・結果処理、特定保健指導、問合せに関する一連の手続きのために利用いたします。

ご記入いただいた個人情報は、個人情報の利用目的の達成に必要な範囲内で業務委託する場合があります。他の企業と共同利用することはありません。

法令遵守、健診に関する医療機関との連携の場合、ご本人が所属されている企業・団体等への健診結果のお知らせ等の場合を除き、ご本人の同意なく個人情報を第三者に提供することはありません。

当会への個人情報の提供はご本人の任意であり、提供を断ることができます。ご提供いただかない場合、個人情報の取り扱いを必要とするお客様に対する業務で、全部または一部に支障が生じるおそれがあることをあらかじめご了承ください。また、必要事項にご記入されない場合、健康診断や当社のサービスのご提供ができません。

ご記入いただいた個人情報に関する利用目的の通知・開示・訂正等・利用停止・消去等に関するお問合せ、および、配信停止のご連絡は、以下窓口にてお受けしております。

一般社団法人全国健康増進協議会

個人情報保護管理者：佐藤 博輝

個人情報問合せ窓口：〒113-0033 東京都文京区本郷4-24-8

TEL 03-5803-3377

※ 詳細は弊会WEBサイト『個人情報の取り扱いについて』をご覧ください

<https://www.zenkenkyo.net>

● 受 診 日 M E M O ●

あなたの受診日は 月 日 () : ~ です。

持参するもの

● 受診票・問診票

● 検査キット

●

●

ご都合が悪くなりましたら、早めに担当実施機関へ連絡しましょう。

全国巡回レディース健診申込用紙

※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

ご案内書裏面の「個人情報の取り扱いについて」の内容を理解し、個人情報の取り扱いについて同意します。ご同意いただけない場合、巡回レディース健康診断をお申込みいただけませんので、必ずご署名をお願いします。

本人署名

① 健保組合	被保険者等 記号・番号	名 称	栃木県トラック健康保険組合	
	確認方法 ・マイナンバーカード保険証(マイナポータル上) ・資格確認書(有効期限内) ・既存の健康保険証(有効期限内)	記 号	番 号(枝番は記入不要)	

② 受診者	受診者	フリガナ			性別	女性
	氏 名	漢 字			被保険者との続柄	被扶養者
	生年月日	西暦 年 月 日 () 歳				
	2026年3月31日時点での年齢をご記入ください					
	住 所	[] [] [] - [] [] [] []				
※マンション等にお住まいの方は建物名・部屋番号など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	【自宅】	()	【携帯】	()	
メールアドレス	@					
③ 被保険者	勤務事業所名					
	被保険者氏名					

※お申込みは、受診希望日の前々月20日必着となります。お申込み最終期限：2025年12月20日 受診期限：2026年3月10日

④ 希望会場		会 場 名	会場コード (9ケタ) もう一度確認してください	受診希望日
	第1希望		-	月 日
	第2希望		-	月 日
	第3希望		-	月 日

⑤ 実施するコースとオプション項目	↓○	項 目 名		自己負担金(税込)	
	基本検査	○	基本検査(特定健康診査)	0円	
	オプション検査		大腸がん検査(便潜血2回法)	0円	
			乳房超音波検査(エコー)	いずれかを選択 (両方の受診はできません)	0円
			乳房X線検査(マンモグラフィ)		0円
			子宮頸部細胞診	いずれかを選択	0円
			子宮頸部細胞診 + HPV検査 セット		5,500円
			胃部X線検査		5,500円
		腹部超音波検査	5,500円		

【個人情報の取り扱いについて】

・この申込みで収集した個人情報は健保組合と全国健康増進協議会で適正に管理し、健診と健保組合の保健事業の目的以外には使用しません。

[全健協使用欄]

受付	処理	完了
----	----	----

0 9 0 4 0