

2024年度 医師国保人間ドックの健診会場・日程



番号	1	2	3	4
健診会場	名古屋市医師会 健診センター	南区休日急病診療所	中川区休日急病診療所	中村区公衆保健協会
日程	6月～2月末 AM(月～土)・PM(水・木)	6/5(水) 13:30～	9/11(水)・9/12(木) 13:30～	9/19(木) 13:30～
住所	東区葵1-18-14	南区西又兵卫町4-8-1	中川区高畑1-222	中村区黄金通2-45-2

番号	5	6	7
健診会場	緑区休日急病診療所	名東区休日急病診療所	日進市民会館
日程	11/6(水) 13:30～	11/13(水) 13:30～	10/16(水) 13:30～
住所	緑区鳴海町字池上98-5	名東区丁田町35	日進市折戸町笠寺山62-3

- ・規定の人数に満たない場合は、他の会場をご案内することがございます。
- ・どちらの会場でもご受診いただけます。会場、実施日にご注意ください。

特定健診対象の方へ（40～74歳）

- ・既に受診済の方は、補助対象外となる場合がありますので、事前にご連絡ください。
- ・特定健診の項目は省略できません。
- ・**「特定健診受診券」**をご持参ください。
- ・紛失などの場合は、NPO健康情報処理センターあいち(TEL052-241-1351)へ再発行の依頼をしてください。

南区・中川区・緑区・名東区・日進市の各会場で受診の方へ

※**胃部X線は実施できません**。代わりにペプシノゲン・貧血検査(Fe・フェリチン・UIBC・TIBC)を実施いたします。ご了承ください。

中村区 公衆保健協会での受診の方へ

※地下鉄東山線 太閤通(旧中村区役所)駅4番出口より南へ徒歩10分・駐車場あります

備考欄へのご記入のお願い

- ・名古屋市がん検診(無料クーポンも)を利用して婦人科検査を受診される方は、**自宅住所・〒・TEL**をご記入ください。
- ・医師国保非加入者や組合員家族などの補助対象外の方が、全額実費にて受診される場合は、その旨ご記入ください。
- ・オプションセット以外の追加検査、胃部X線中止など中止項目、その他連絡事項をご記入ください。

婦人科検査の実施日（名古屋市医師会健診センターのみ）


- ・マンモグラフィ・乳腺超音波・・・月曜～金曜(AM・PM)
- ・子宮頸がん・・・月曜～金曜(AM)

ご予約方法

専用の申込書に必要事項をご記入後、FAXにてお申込ください。
(申込書はホームページからダウンロードできます)

WEB予約にも対応いたしました。
右のQRコードまたは下記URLよりお申込みください。
URL <https://www.nagoya-med.jp>



 **名古屋市医師会健診センター**
〒461-0004 名古屋市東区葵1-18-14

お問合せ 平日:9時～17時 土曜:9時～12時
TEL052-937-8425
FAX052-937-7894

予約FAX 052-937-7894 ☆2024年度 医師国保人間ドック申込書☆

「医師国保人間ドックのご案内」を参照してご記入ください。(右のQRコードからもご確認頂けます)

FAX着信後7日以内に返信し、健診日の10日程前に健診資料を送付します。

FAX返信や健診資料が届かない場合は、お手数ですがご連絡をお願いいたします。



URL: <https://www.nagoya-med.jp>

※健診資料・結果・請求書は、ご記入の医療機関様へ送付します。

医療機関名	〒 -	ご住所	TEL	-	-
			FAX	-	-

<申込書 記入例>

健診会場1~7のうち、ご希望の番号をご記入ください

正組合員	保険証番号	0 1 - 2 3 4 5 - / /	会場	1	第1希望日	6/1	AM	第2希望日	2/28	AM	
	フリガナ	ケンシン タロウ	性別	男	昭和・平成	38	年	3	月	27	日生
	氏名	健診 太郎	性別	女	オプションセット	①	2	3	4	レディース	
	備考	胃X線中止、頰動脈超音波を追加、7~9月の(水)の14時以降で予約を入れてください。									

ご希望のオプションセットに○を付けてください。6・VIPを選択の場合は、部位にも○を付けてください。

希望日は左記のようにご記入いただいてもOKです。

氏名・保険証番号など、すべてご記入ください。

※胃部X線中止の場合は、ヘプソールゲン・貧血検査(Fe・フェリチン・UIBC・TIBC)を実施いたします。

2022年度よりピロリ抗体検査から貧血検査に変更となりました。

正組合員	保険証番号	-	会場	/	第1希望日	AM	第2希望日	AM	返信用欄 (記入しないでください) お客様の健診日時は	
	フリガナ		性別	男	昭和・平成	年	月	日生	時 分より	
	氏名		性別	女	オプションセット	1	2	3	4	レディース
	備考				5	6	頭部	腰椎	VIP	/
配偶者	保険証番号	-	会場	/	第1希望日	AM	第2希望日	AM	返信用欄 (記入しないでください) お客様の健診日時は	
	フリガナ		性別	男	昭和・平成	年	月	日生	時 分より	
	氏名		性別	女	オプションセット	1	2	3	4	レディース
	備考				5	6	頭部	腰椎	VIP	/
准組合員	保険証番号	-	会場	/	第1希望日	AM	第2希望日	AM	返信用欄 (記入しないでください) お客様の健診日時は	
	フリガナ		性別	男	昭和・平成	年	月	日生	時 分より	
	氏名		性別	女	オプションセット	1	2	3	4	レディース
	備考				5	6	頭部	腰椎	VIP	/
准組合員	保険証番号	-	会場	/	第1希望日	AM	第2希望日	AM	返信用欄 (記入しないでください) お客様の健診日時は	
	フリガナ		性別	男	昭和・平成	年	月	日生	時 分より	
	氏名		性別	女	オプションセット	1	2	3	4	レディース
	備考				5	6	頭部	腰椎	VIP	/
准組合員	保険証番号	-	会場	/	第1希望日	AM	第2希望日	AM	返信用欄 (記入しないでください) お客様の健診日時は	
	フリガナ		性別	男	昭和・平成	年	月	日生	時 分より	
	氏名		性別	女	オプションセット	1	2	3	4	レディース
	備考				5	6	頭部	腰椎	VIP	/