

ご予約から受診までの流れ

**完全
予約制**

申込み
開催日 8月7日(金) ▶ 8月21日(金) ▶ 8月24日(月)
申込期限 7月16日(木) ▶ 7月28日(火) ▶ 7月30日(木)
※ハガキの場合、必着

方法 その1 専用の申込ハガキを郵送

- この案内の申込ハガキに必要事項をご記入のうえ、キトリ線で切り取ります。
- 住所や氏名が隠れるように、個人情報保護シールを貼り、ポストに投函してください。

方法 その2 お電話での申込み

※8月7日・8月21日・8月24日 協会けんぽ・豊橋市合同集団健診のみが対象です。

専用TEL **0120-247-115** (豊橋市集団健診予約センター)
 営業時間/平日9:00~17:00

予約確定 申込み後、2~4週間
 予約確定のハガキが「豊橋市集団健診予約センター」から届きます。

問診票が届く 健診の約5日前
 問診票が「聖隷予防検診センター」から届きます。

健診当日
 マイナ保険証等、特定健康診査受診券、令和8年度豊橋市がん検診受診券、問診票等をご持参ください。

※予約のキャンセル・変更については専用TEL:0120-247-115 (営業時間 平日9:00~17:00)にお問合せください

注意事項

■協会けんぽの特定健診は、「**特定健康診査受診券(セット券)**」と「**マイナ保険証**」等が必要です。

受診券を紛失した場合や、記号・番号が一致しない場合は、受診券の再発行が必要です。申請書を協会けんぽに郵送していただくか、電子申請によるお手続きが必要となりますので、お早めにご対応ください。

【お問い合わせ先】
 全国健康保険協会
 愛知支部 保健グループ
 TEL:052-856-1490
※音声ガイダンス後②→②をお選びください



※受診当日は、①~④のいずれかにより健診実施機関にて保険資格の確認を受けてください。

- ①マイナ保険証によるオンライン資格確認 (受診する健診機関・会場が対応している場合)
- ②マイナ保険証と資格情報のお知らせの提示
- ③マイナポータルの保険資格画面の提示
- ④資格確認書

「マイナ保険証」とは、保険証の利用登録がされたマイナンバーカードを指します。

■この郵便物は令和8年5月上旬時点で特定健診の対象の方にお送りしています。**今年度、既に特定健診・がん検診等を受診済の場合、就職等により被扶養者資格を喪失した場合等は行き違いのご案内となります。**何卒ご容赦ください。

■**予約の申込みは先着順**です。申込み状況によっては、ご希望の健(検)診を受診できない場合があります。その場合、専用TEL(0120-247-115)から連絡しますので、ご対応をお願いします。

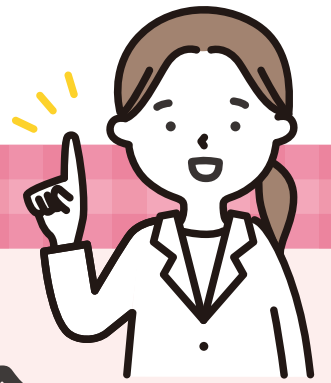
料金後納
郵便



豊橋市にお住まいの方へ
協会けんぽからのお知らせ

令和8年度

協会けんぽ・豊橋市「共同企画」



協会けんぽ 豊橋市
特定健診 + がん検診 のご案内

開催日 令和8年 8月7日(金)・8月21日(金)・8月24日(月)

受付時間 8:30~11:25 特定健診のみの受診はできません。がん検診とセットで受診される方に限ります。

会場 豊橋市保健所・保健センター (豊橋市中野町字中原100番地)

※事前の予約が必要となります。詳しくは裏面をご覧ください。

料金受取人払郵便
 静岡中央局 承認
 8331
 1 2 5

差出有効期間
 2027年
 3月31日まで

静岡市葵区御幸町8-1 JADEビル4F
 株式会社東海道シグマ 行
 (豊橋市集団健診予約センター)



ハガキ裏面記入例

8月7日・8月21日・8月24日
 協会けんぽ・豊橋市合同集団健診申込ハガキ

●令和8年4月以降に特定健診、がん検診を受診していないため、下記のとおり申込みます。

健康保険資格承認書 家族(被扶養者) 00112
 記号 12345678 番号 1 (種別) 01
 氏名 協会 花子

資格情報のお知らせ
 記号 12345678 番号 1 扶養 〇
 氏名 協会 花子
 生年月日 昭和50年10月1日
 資格取得年月日 令和2年4月1日
 保険者番号 99999999
 保険者名称 全国健康保険協会〇〇支部

〒123-4567
 豊橋市 〇〇町〇〇〇〇
 氏名 協会 花子 男
 電話番号 0532-00-0000
 生年月日 昭和 50 年 10 月 1 日

★上記に個人情報保護シールを貼り付けてください。貼り直しができないシールなので、お気を付けてください。

●希望日を第三希望までご記入ください。
 1 8月24日 2 8月7日 3 8月21日

●希望される検診に☑をしってください。

肺(結核・肺がん)検診 胃がん検診
 大腸がん検診 子宮頸がん検診
 乳がん検診 骨粗しょう症検診

※裏面内容によってはご希望に添えない場合があります。ご了承ください。

「もしも」と「いつも」に安心を。
協会けんぽ 全国健康保険協会 愛知支部
 〒450-6363 名古屋市中村区名駅1-1-1 JPタワー名古屋23階

◆開封前に宛名をご確認ください。宛名が相違する場合は開封せずに本郵便物に「不在」とご記入いただき、そのままポストに投函してください。

OPEN

協会けんぽの特定健診

協会けんぽに加入されているご家族様向け(対象年齢:40歳から74歳まで)の生活習慣病を早期発見するための健診です。

■健診費用

通常約7,200円の費用が▶▶▶ **無料**

■検査内容(基本的な健診)

 <p>診察等</p> <p>視診、触診、聴打診などを行います</p>	 <p>問診</p> <p>現在の健康状態や生活習慣(飲酒、喫煙の習慣など)を伺い、検査の参考にします</p>	 <p>身体計測</p> <p>身長、体重、腹囲を測ります</p>	 <p>血圧測定</p> <p>血圧を測り、循環器系の状態を調べます</p>
 <p>血中脂質検査*</p> <p>中性脂肪や善玉・悪玉コレステロールを測定し、動脈硬化や脂質異常等を調べます</p>	 <p>肝機能検査*</p> <p>肝細胞の酵素を測定し、肝機能等の状態を調べます</p>	 <p>血糖検査*</p> <p>空腹時血糖またはHbA1c(状況により随時血糖)を測定し、糖尿病等を調べます</p>	 <p>尿検査</p> <p>腎臓、尿路の状態や糖尿病等を調べます</p>

*採血により実施します

糖尿病などの生活習慣病は、早期には自覚症状がなく、症状が現れた時にはすでに進行しているというケースが少なくありません。

特定健診で今のご自身の健康状態を確認しましょう!



豊橋市との合同集団健診の日程が合わない方で「特定健診」のみ受診される方は、協会けんぽ愛知支部(052-856-1490※音声ガイダンス後②→②をお選びください)へお問合せください。

協会けんぽ特定健診と豊橋市がん検診を同時に受診できる 集団健診をご利用ください!

豊橋市の検診(がん検診及び骨粗しょう症検診)

検査名	対象者(令和9年3月31日時点)	検査内容	費用
肺(結核・肺がん)	40歳以上	胸部エックス線検査	200円
胃がん	40歳以上(2年に1回 偶数年齢)	胃部エックス線検査(バリウム)	1,000円
大腸がん*	40歳以上	便潜血検査	200円
子宮頸がん	20歳以上(2年に1回 偶数年齢)の女性	視診・内診・子宮頸部細胞診	1,000円
乳がん	40歳以上(2年に1回 偶数年齢)の女性	乳房エックス線検査(マンモグラフィ)	1,000円
骨粗しょう症検診	40・45・50・55・60・65・70歳の女性	腕のエックス線検査	300円

*大腸がん検診は、採便容器の配布のみです。ご希望の方は大腸がん検診受診券をお持ちください。

豊橋市のがん検診及び骨粗しょう症検診には、「令和8年度 豊橋市各種検診受診券」が必要です。お手元がない場合は、右記ホームページから申込み、または豊橋市保健所 健康増進課(☎0532-39-9136)へお問合せください。
※各種受診券をご持参いただけない場合、その受診券に対応する検査項目はご受診いただけません。



日程	時間・会場	予約締切 <small>※ハガキの場合、必着</small>
8月7日(金)	8:30~11:25 豊橋市保健所・保健センター	7月16日(木)
8月21日(金)		7月28日(火)
8月24日(月)		7月30日(木)

上記の日程で受けられない方は、協会けんぽの「特定健診」と豊橋市のがん検診をそれぞれ別日で受けることができます。

上記の日程以外で、豊橋市のがん検診を希望される方.....

下記から、「令和8年度 豊橋市各種検診受診券」を受取り、①、②の方法で受診することができます。

①医療機関で受診する

豊橋市のホームページから医療機関を選び、電話で予約の要否を確認のうえ、受診してください。

②集団健診で受診する

豊橋市から届いたがん検診受診券に同封している「集団健診のご案内」のハガキ、またはインターネットからお申込みください。

豊橋市保健所 健康増進課

ホームページ▶ 豊橋市 がん検診



8月7日・8月21日・8月24日 協会けんぽ・豊橋市合同集団健診申込ハガキ

●令和8年4月以降に特定健診、がん検診を受診していないため、下記のとおり申込みます。

豊橋市がん検診受診券に記載の通知番号(8桁)									
健康保険記号								番号	
特定健康診査の受診券整理番号(特定健康診査受診券記載の11桁の数字)									
住所	〒 豊橋市								
フリガナ									
氏名									男・女
電話番号(日中の連絡先)									
生年月日	昭和	年	月	日					

★上段に個人情報保護シールを貼り付けてください。貼り直しができないシールなので、お気をつけてください。

●希望日を第三希望までご記入ください。

1 月 日 2 月 日 3 月 日

●希望される検診にをしてください。

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 肺(結核・肺がん)検診 | <input type="checkbox"/> 胃がん検診 |
| <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 | <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 |
| <input type="checkbox"/> 乳がん検診 | <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検診 |

※選択内容によってはご希望に添えない場合がございます。ご了承ください。