

2025年度

A 施設型健診

《ブリヂストン健康保険組合》加入の 被扶養者
任意継続被保険者
任意継続被扶養者の皆様へ

ファミリー健診【施設型】 (特定健診)実施のご案内

申込
期限

2026年 2 月 28 日まで

受診
期限

2026年 3 月 31 日まで

ブリヂストン健保の特定健診は、約83%の方が受診しています。(2023年度実績)



- ☐ 「受診券」の発行はありません!こちらの案内からお申込みください。
- ☐ 健康保険組合の補助を利用し、健康診断を受けるには所定の手続きが必要です。
- ☐ 内容をご確認いただき早めのお申込みをお願いいたします。
- ☐ 本ご案内は再発行いたしません。受診がお済みになるまで大切に保管してください。
- ☐ メールまたはSMSで通知を行う場合があります。4Pをご覧ください。

がん検診も含めた
人間ドック並みの
健診が無料で
受けられます



受付業務委託先

ウィーメックス株式会社

〒859-3226 長崎県佐世保市崎岡町3068-9
佐世保情報産業プラザ第2棟2F

☎ 0120-507-066

受付時間：月～土9時～17時30分(日祝日年末年始除く) FAX：03-5994-2131
* 時間帯によっては電話のつながりにくい場合があります。予めご了承ください。

あいさつ

日頃より、ブリヂストン健康保険組合の活動にご理解とご協力をいただき、誠にありがとうございます。
国の法令により、40歳以上74歳以下の方には、「特定健康診査(特定健診)」「特定保健指導」の実施が、義務付けられております。

当健保組合では、従業員だけでなく、被扶養者、任意継続者の方々にも健康にお過ごしいただくため、**年1回必ず健康診断を受診いただくようご案内**しております。

昨年度より「ファミリー健診」と名称を変え、がん検診も無料で受けられるなど大変満足度の高い内容となっておりますので、ぜひご利用ください。(委託会社:ウィーメックス株式会社)

また、健康診断の結果生活習慣病を発症する可能性が高い方には、「特定保健指導」をお受け頂きます。対象となった方は、健診時または郵送にてご案内をお送りしますので、積極的なご参加をお願いいたします。(委託会社:株式会社オクタウェル)

ブリヂストン健康保険組合
受付業務委託先
ウィーメックス(株)



個人情報の取扱いに関する同意事項

* この健康診断を申込みされる場合は、以下の点に同意していただける方のみお申込みください。

- 申込書に記載された個人情報は受付事務処理のために受診健診機関に提出されるとともに委託元である健康保険組合に提供されます。(健康診断に関する通知をメールまたはSMSで配信する場合がございます)
- 健康診断結果は健診機関から受診者本人へ報告されるほか、健診機関からウィーメックス(株)を経由し、健康保険組合に報告されます。
- ブリヂストン健康保険組合は、健康診断結果を対象者の保健事業活動以外には利用いたしません。

健康診断のご案内

健康診断対象者

健診当日に当健保組合に加入している方で2025年度(本年4月1日～翌年3月31日)40歳から74歳になる被扶養者、任意継続被保険者及び任意継続被扶養者が対象となります。

申込期限

2026年2月28日(消印有効)

※ 予約の混雑が予想されます。早めのお申込みをお勧めします。

受診期限

申込日から2週間より先の日にち～2026年3月31日

※ お申込がお済みでも受診時に当健保組合に加入していない場合は補助の対象となりませんので、ご注意ください。

健診機関

同封の「健診機関リスト」からお選びください。なお、年度途中で新たな健診機関が加わることもありますので、最新の「健診機関リスト」は、ブリヂストン健康保険組合のホームページからご確認ください。

<https://www.bridgestone-kenpo.or.jp/hoken/tokuteikenshin/>

※ 予約の混雑が予想されます。早めのお申込みをお勧めします。



健診項目

6Pの「ファミリー健診検査項目一覧表」をご確認ください。

※ 女性向けの巡回レディース健診も実施しております。受診を希望の方は、同封の「巡回レディース健診のご案内」および「令和7(2025)年度ファミリー健診【巡回レディース】内容表」をご確認ください。

自己負担金

区分	名称	健保補助	自己負担金額など
コース	ファミリー健診 【施設型】(特定健診を含む)	全額補助	0円
オプション	胃がん検診(胃バリウム検査)	全額補助	ただし、乳がん検診のマンモグラフィと乳腺エコー両方受診した場合は、両方の合計が5,000円を超過した金額
	大腸がん検診(便潜血2回法)		
	前立腺がん検診(PSA検査)※50歳以上男性		
	乳がん検診(マンモグラフィor乳腺エコー)※女性		
	子宮がん検診(子宮頸部細胞診)※女性		

- 胃部X線から胃カメラに変更する際は全額自己負担となります。
- インターネットでお申込みの場合は自己負担金が確認できます。
- 冊子6Pの健診項目以外の検査を受ける場合は、全額自己負担となりますので当該費用を直接窓口で支払ってください。
なお、ウィーメックス(株)でのお取りつぎはいたしませんので、健診機関に直接お申込みください。
- 健診窓口で自己負担した分については、当健保組合に健診費用補助金請求はできません。
- オプションのみの受診はできません。必ず「ファミリー健診コース」の必須項目を受診してください。(6P参照)

注意

項目キャンセル、受診キャンセルをされた際にキャンセル料が発生する場合がございます。

キャンセル料が発生した場合は全額自己負担となりますので、ご了承ください。

キャンセルの場合は必ず健診機関及びウィーメックス(株)へ連絡してください。

施設型健診の流れ

ウィーメックス(株)が提携している病院・健診センター・クリニックなどで受診します。

最初に、
6P
の健診項目一覧表をご確認ください。

▶ 申込方法を選ぶ ▶

「健診機関リスト」で提携健診機関を選択し、その機関の予約方法をご確認ください。
※直接予約ができる健診機関には電話番号の記載があります。

面倒な
日程調整を
お任せ



▶ 申込 ▶

インターネットか同封のハガキでお申込みをお願いいたします。
スマートフォンからもお申込みできます。

ネットか
ハガキで
申込みを
します



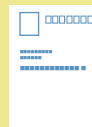
▶ 希望日記入

受診希望日・健診機関・健診内容・必要事項を、ウィーメックス(株)経由で、**健診機関が調整し、受診日を確定**します。
※受診希望日は2週間より先の日付けをご指定ください。
日程の調整に数日から2週間程お時間がかかる場合がございますのでご了承ください。
希望日で調整できない場合は健診機関より日程調整の連絡が入ります。
お電話が取れなかった場合はご自身で健診機関へ折り返しご連絡ください。



インターネット申込 7P
or
ハガキ申込 10P

※当書に同封しております。



▶ 直接予約

今年度より「直接予約」が利用可能になりました。

電話予約ガイダンス 5P に沿ってご自身で、**直接健診機関に電話で予約**してください。
※2週間より先の受診日で予約してください。

注意

ウィーメックス(株)に予約内容の申込みをせず受診されると、補助は受けられず全額自費となります。

※ウィーメックスでは電話受付は行っておりません。

メールまたはSMS(ショートメッセージ)の配信について

インターネット(スマートフォン含む)でお申込みの際にメールアドレス登録のある方は、健診予約券とリマインド※1がメールで届きます。

健診予約券とリマインドのメールは以下のドメイン名※2より配信します。

@inexus.ne.jp

※健診予約券はメール本文のURLから専用サイトにアクセスしてご確認ください。
ログイン方法もメール本文をご確認ください。

※迷惑メールのフィルタ設定をされている場合は、ドメイン名「@inexus.ne.jp」からの受信を許可する設定をお願いします。

※1 受診日をお知らせする事を目的として、受診日の3営業日前にメールまたはSMSで配信します。

※2 所定のドメイン名・番号以外からメールまたはSMSをウィーメックス(株)より配信する事はありません。

ハガキでお申込みの際に、携帯電話番号を記入していただいた場合、確認書とリマインド※1がSMSで届きます。

確認書とリマインドのSMSは以下の番号※2より配信します。

docomo/au/楽天:0120507066

ソフトバンク:21053

※上記以外の携帯電話会社をお使いの場合でも、いずれかの番号より配信されます。

※健診予約券はハガキで届きます。

書類・通知到着 ▶

健診機関からの書類と
ウィーメックス(株)から
下記書類・通知が届きます。

ここまできたら
あとは健診です

確認書 到着

ハガキ申込:SMSまたはハガキで届きます。
インターネット申込:確認書は届きません。

健診予約券 到着

お申込みの約2週間後に届きます。
ハガキ申込:ハガキで届きます。
インターネット申込:ハガキまたはメールで届きます。

問診票・検査キット等到着

問診票、検査キット等が
健診機関より送付されます。

上部の **メールまたはSMS(ショートメッセージ)の配信について** をご覧ください。

健診機関 ▶

- ①～⑤いずれかと自己負担金をご持参ください。
 - ①健診予約券
 - ②健康保険証(2025年12月1日まで)
 - ③マイナ保険証
 - ④資格確認書
 - ⑤資格情報のお知らせ
- ※15PのFAQもご覧ください。

今年は食べ物に
気をつけよう!

健診受診

検査結果 の到着

直接予約の方向け

電話予約ガイドンス

今年度より「直接予約」が可能になりました。

健診機関に直接予約する場合は、「健診機関リスト」に電話番号の表記があるかをご確認ください。

健診機関に予約の電話をする前に、必ず本ガイドンスで手順、内容をご確認の上、ご予約ください。



1 健診機関に予約電話をかける

健康診断の予約をお願いします。

2 健康保険組合名・代行機関名を伝える

ブリヂストン健康保険組合加入者の□□□□□□です。代行機関はウィーメックス(株)です。

3 健診コース・オプションを伝える

ウィーメックス(株)と提携の「基本健診+心電図」とオプションの●●、●●を追加をお願いします。

* 健診コース、オプション項目の伝え方は、下方をご参照ください。

4 受診希望日を伝える

□□月□□日をお願いします。* 申込日から2週間より先の日付で予約してください。

5 住所・電話番号を伝える

健診キット・健診結果票の送付先住所と、日中の連絡先となる電話番号をお伝えください。

* 予約の内容と、担当者の名前を必ず確認してください。

申込みする

申込
期限

2026年 2 月 28 日まで

受診
期限

2026年 3 月 31 日まで

電話予約後、必ずインターネット ^{7P} 又は申込ハガキ ^{10P} で
ウィーメックス(株)へ予約内容の申込みをしてください。

手続き忘れはないですか？

☐ 健診機関を選ぶ
 ☐ 健診機関に電話し日時を決定する
 ☐ ウィーメックスへ申込する

※ 申込されないで受診されると、全額自費となります。

※ ウィーメックスコールセンターでは申込予約の電話受付はおこなっておりません。

ブリヂストン健康保険組合が定める健診コースの名称は、健診機関とウィーメックス(株)が契約している健診コースの名称、内容と異なります。お申込みの際は、以下の内容に読みかえてお申込みください。

ブリヂストン健保
のコース名称健診機関への予約時は、
ウィーメックス(株)との提携の…以下のオプションから必要な
項目を追加して予約するファミリー健診
コース

『基本健診、心電図』の予約と伝える。

+

女性

 ・乳房マンモグラフィー } どちらか一つ
 ・乳腺エコー
 ・子宮がん(頸部細胞診)
 ・胃X線検査
 ・大腸がん(便潜血法)

男性

 ・胃X線検査
 ・大腸がん(便潜血法)
 ・前立腺がん(PSA) ※50歳以上

ご自身の予約内容確認メモとしてご記入ください。

健診機関名	受診希望日①	年	月	日
健診機関ID	受診希望日②	年	月	日
健診機関電話番号	受診希望日③	年	月	日
健康保険組合名 ブリヂストン健康保険組合	受診希望日④	年	月	日
代行機関名 ウィーメックス株式会社	受診希望日⑤	年	月	日
予約確定日 年 月 日	予約確定時刻 時 分			

◎被扶養者及び任意継続被保険者・任意継続被扶養者は、ファミリー健診を受診できます。
また、受診されるオプション項目にチェックを付けて忘れずに予約をしましょう。

オプション項目	☐ 便潜血2回法 (便中ヘモグロビン)	☐ 子宮頸部細胞診 (医師採取) ★女性のみ
	☐ 胃部X線 (直接)	☐ 乳房X線 ※ (マンモグラフィ) ★女性のみ
	☐ PSA (50歳以上) ★男性のみ	☐ 乳腺超音波 ※ (エコー) ★女性のみ

※乳房X線と乳腺超音波はどちらか一つを選択してください。
両方実施の場合5,000円超えた費用は自己負担となります。

ファミリー健診検査項目一覧表

●：必須項目 □：医師の判断による検査項目（団体により実施） ○：オプション項目

	コースの詳細項目	ファミリー健診		コースの詳細項目	ファミリー健診
問診・診察・ 質問票	医師問診・理学的所見（身体診察）	●	生化学	GOT（AST）	●
	自覚症状および他覚症状の有無の検査	●		GPT（ALT）	●
	問診：既往歴及び業務歴の調査	●		γ-GTP（γ-GT）	●
	問診：特定22項目（喫煙歴・服用歴必須）	●		空腹時血糖（BS）もしくは随時	●
身体測定	身長	●		グリコヘモグロビンA1c（HbA1c）	●
	体重	●	血液学	赤血球（RBC）	●
	BMI	●		白血球（WBC）	●
	腹囲	●		血色素（ヘモグロビン）	●
生理	血压	●		ヘマトクリット（Ht）	●
	心電図（12誘導）	●		血小板数（PLT/PL）	●
	眼底検査（両眼）	□	尿	尿蛋白	●
	視力	●		尿糖	●
X線	オージオメーター(1000/4000)	●		尿潜血	●
	胸部X線撮影（直接）	●		ウロビリノーゲン	●
生化学	クレアチニン(CRE)	●	便	便潜血2回法（便中ヘモグロビン）	○
	尿素窒素（BUN）	●	胃部	胃部X線（直接）	○
	尿酸（UA）	●	前立腺	PSA（50歳以上）★男性のみ	○
	総コレステロール（T-Chol）	●	婦人科	子宮頸部細胞診（医師採取）★女性のみ	○
	HDL-cho	●		乳房X線（マンモグラフィ）★女性のみ	○※
	LDL-cho（もしくはnon-HDLcho）	●		乳腺超音波（エコー）★女性のみ	どちらか一方
	中性脂肪（TG）	●			

※乳がん検査を両方実施の場合5000円超えた費用は自己負担となります。
※胃部X線から胃カメラに変更する際は全額自己負担となります。

健診機関により実施できない項目があります。健診機関リストでご確認ください。

インターネットでの申込

インターネットからの申込画面は、以下のホームページよりアクセスできます。
スマートフォンからもご利用いただけます。

【対応ブラウザ】Microsoft Edge, Microsoft Internet Explorer 11, Firefox37, Chrome42, Chrome42(on Android), Safari8(on iOS)

ハガキで申込みの場合は
10P をご覧ください。

画面が切り替わらない場合は
対応ブラウザを確認いただき
アクセス方法を変更してお試
ください。

※アプリやブラウザによってご利用
いただけない場合がございます。



<https://www.tme.wemex.com/mestfweb/>

「S」を忘れずに入力してください。

※実際の画面とは異なる部分があります。

1 上記URLもしくは二次元コードから ウィーメックス(株)の申込サイトへ ログイン 健康診断のお申込み画面が表示されます。

1-1 同封の申込ハガキに記載のログインID及び
パスワード(西暦の生年月日8ケタ)を入力
※ログインできない場合は、ウィーメックス(株) (0120-507-066)に
お問い合わせください。
※IDは毎年更新されます。

1-2 「ログイン」を押して次へ。

1-3 健康診断お申込の同意事項をご確認の上
「同意する」をクリックしてください。

2 健診コースを確認

2-1 受診対象となっている健診コース名をご確認の上
「次へ」をクリックしてください。

※コースの表示がない場合はすでに申込済か申込期限切れの可能性もあります。
今年度のログインIDでログインされたかご確認ください。

3 受診する健診機関を選択

3-1 受診希望または予約済の健診機関の検索を行います。都道府県を選択し市区町村名を入力すると簡単に
表示されます。健診機関ID(5桁)・健診機関名で
検索することも可能です。

※健診機関IDを入力した場合、他の検索条件の入力は不要です。

3-2 「検索」を押すと、下へ検索結果一覧が出ます。

3-3 下へスクロールして、希望する健診機関を選択してください。

※ 直接予約が取れた健診機関が表示されない、または選択できない場合は、ウィーメックス(株)にご連絡をお願いいたします。
※ 健診機関情報に記載あるオプションは該当健診機関にて実施されるオプションとなっております。

4 受診オプション及びご希望の受診日を選択

選んだ健診機関の情報を確認しながらお進みください。

4-1 希望の受診オプション項目を選択してください。

※ 受診オプションがないコースもございます。

4-2 予約方法を選択してください。

4-3「次へ」を押してお進みください。

5 個人情報の確認

5-1 現在登録されている個人情報を確認ください。

6 発送先情報の入力

6-1「発送先情報の入力」欄に問診票・受診結果等の送付先情報を入力してください。ご予約等に関する確認事項が発生した場合、日中連絡先電話番号にて確認させていただきます。日中連絡先電話番号にて連絡がとれない場合、電話番号にて確認させていただきます。**メールアドレスを登録されると予約券がメールで通知されます。**また、受診日の3日前を目安に受診日をお知らせする通知をメールにて配信します。「次へ」を押してお進みください。

発送先情報の入力

発送先情報を入力してください

(必須) 郵便番号
000 - 0000
半角数字 (例) 123-4567

(必須) 住所
全角文字で入力してください

(必須) 電話番号
半角数字とハイフン(-)で入力してください(03-123-4567)

(必須) 日中連絡先
半角数字とハイフン(-)で入力してください(03-123-4567)

(2022年度受診券の申込みについて) メールアドレス (任意) 発送先メールアドレス
半角英数字記号で入力してください(xxxx@example.com)

発送先メールアドレス(任意)
半角英数字記号で入力してください(xxxx@example.com)

(注意事項)
・入力内容をよく確認し、確實に入力してください。

オプション選択に戻る

次へ

ご予約等に関する確認事項が発生した場合…
①日中連絡先電話番号を使用します。
②日中連絡先電話番号にて連絡が取れない場合、電話番号にて確認させていただきます。

発送先メールアドレスをご記入いただきますと、健診予約券がメールで通知されます。また、受診日の3日前を目安に受診日をお知らせする通知をメールにて配信いたします。メールアドレス入力なしの場合、健診予約券をハガキでお送りいたします。

確認、入力をしたら「次へ」を押してお進みください。

7 内容の確認・送信

7-1 申込内容を確認し、「上記内容で申込」を押して完了です。
※受付完了後にメールの自動配信はしていません。申込サイトの「履歴」より申込内容をご確認ください。

※申込当日のキャンセルについて

申込当日であれば、再ログインすることで、申込内容をキャンセルすることが可能です。申込翌日以降のキャンセルについては、コールセンターまでご連絡ください。☎0120-507-066

※日程確定について

受診日が確定しましたら、ウィーメックス(株)より「健診予約券ハガキ」または「健診予約券メール」をお送りいたします。日程確認いただければと思います。

希望日でお申込された方は、申込から2週間を目安に受診日が確定いたします。

受診日は申込サイトに再ログインすることで確認できます。

【確認方法】

申込サイトに再ログイン後、「履歴」タグをクリック、「内容の確認」をクリックいただきますと、コース情報に「確定された受診日」が表示されます。

※日程のご希望に添えない場合、健診機関又はウィーメックス(株)より連絡があります。下記の連絡先の登録をお願いします。

ウィーメックス(株) コールセンター
☎0120-507-066

ホーム FAQ

ダスト 00001

申込内容の確認

個人情報入力

個人情報入力に戻る

確認したコースの情報

コース	受診機関の名称
オプション	私費/半 半費/全
第一希望	2022年●月●日 (●)
第二希望	2022年●月●日 (●)
第三希望	2022年●月●日 (●)
第四希望	2022年●月●日 (●)
第五希望	2022年●月●日 (●)

自己負担金

健診機関の情報

健診機関ID	07907
健診機関名称	東京都医師会連合会 東京内務病院
健診機関住所	東京都目黒区中目黒2-3-8
受付窓口	03-5794-7331
ホームページ	

あなたらの情報

保険証番号	9999
保険証番号	0001
氏名	ダスト 00001
氏名(カナ)	ダスト セロセロセロイチ
性別	女性
生年月日	1970年08月03日
健康保険組合名	●●●●健康保険組合
メールアドレス	

確認したの情報

郵便番号	152-0003
住所	東京都目黒区中目黒1-13-4
電話番号	090-1111-2222
日中連絡先	03-1111-2222
メールアドレス	medience.tarou@medience.co.jp

個人情報入力に戻る

上記内容で申込

修正が必要な場合は「個人情報入力に戻る」をクリック

確認したら「上記内容で申込」を押してお進みください

ハガキでの申込

インターネットで申込みの場合は
7P をご覧ください。

- A施設型健診をお申込みの方は、同封の「A施設型健診の申込ハガキ」をご利用ください。
- B巡回レディース健康診断をお申込みの方は、「B巡回レディース健診の申込ハガキ」をご利用ください。男性の方はお申込みできません。
- 記入方法の詳細は、申込ハガキの下に記載されている記入例等をご覧ください。
コース番号は申込ハガキの右側に記載されています。
- 携帯電話番号を登録されますと、確認書がSMSが届きます。
また、受診日の3日前を目安に受診日を通知するSMSが届きます。
携帯電話番号の登録がない場合は確認書がハガキが届きます。
- 健診予約券はハガキが届きます。

A3判 中折り 申込ハガキ

巡回レディース健診
記入欄

巡回レディース 記入例

施設型
記入欄

施設型 記入例

巡回レディース健診の申込ハガキ (B)

カブ式 〇〇〇〇健康保険組合
管理番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

① 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇〇〇〇〇

② 希望する健診コース (※必ず記入してください)

③ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

④ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

⑤ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

⑥ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

⑦ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

⑧ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

⑨ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

⑩ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

⑪ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

⑫ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

⑬ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

⑭ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

⑮ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

⑯ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

⑰ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

⑱ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

⑲ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

⑳ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㉑ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㉒ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㉓ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㉔ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㉕ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㉖ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㉗ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㉘ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㉙ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㉚ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㉛ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㉜ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㉝ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㉞ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㉟ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㊱ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㊲ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㊳ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㊴ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㊵ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㊶ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㊷ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㊸ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㊹ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㊺ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㊻ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㊼ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㊽ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㊾ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㊿ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

施設型健診の申込ハガキ (A)

カブ式 〇〇〇〇健康保険組合
管理番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

① 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇〇〇〇〇

② 希望する健診コース (※必ず記入してください)

③ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

④ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

⑤ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

⑥ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

⑦ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

⑧ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

⑨ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

⑩ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

⑪ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

⑫ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

⑬ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

⑭ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

⑮ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

⑯ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

⑰ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

⑱ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

⑲ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

⑳ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㉑ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㉒ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㉓ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㉔ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㉕ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㉖ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㉗ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㉘ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㉙ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㉚ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㉛ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㉜ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㉝ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㉞ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㉟ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㊱ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㊲ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㊳ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㊴ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㊵ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㊶ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㊷ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㊸ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㊹ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㊺ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㊻ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㊼ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㊽ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㊾ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

㊿ 希望する健診コース (※必ず記入してください)

注意

- 二重の申込みは受付できません。
 - ・ A施設型健診とB巡回レディース健診の重複申込み。
 - ・ インターネット申込みとハガキ申込みなど。
- 印刷された書込欄のみに記入をお願いします。機械で読込むため余白に書き込みをされても対応はいたしかねます。
印字項目以外はお申込みできません。
- 同封の個人情報保護シールを貼って投函してください。

パート先・自治体等で健康診断を受診される方へ

ファミリー健診を
申し込む

YES

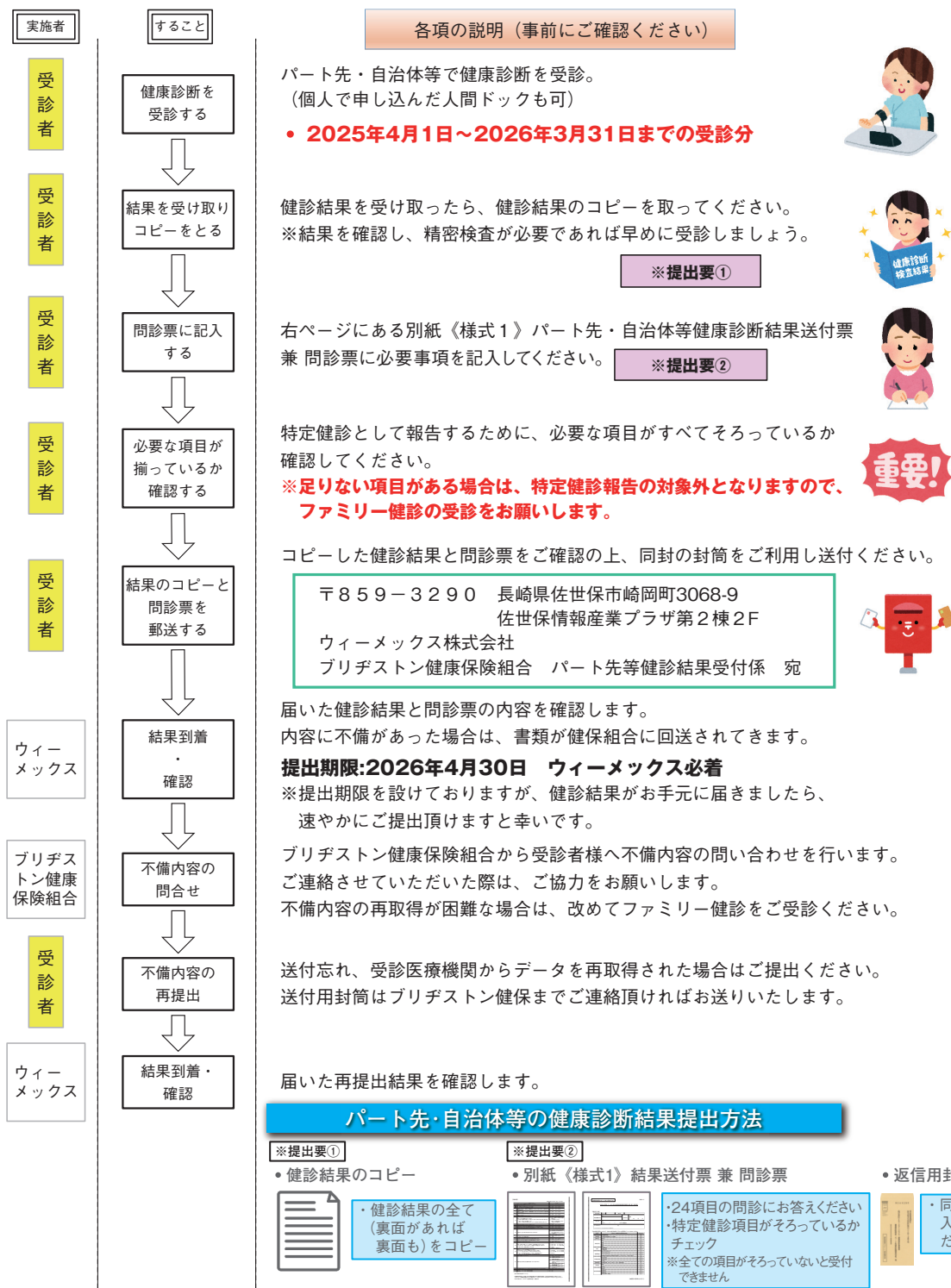
パート先等健診結果の提出は必要ありません。

NO

以下の手順に沿って、**健診結果をご提出**ください。

パート先等で受診された「健診結果のコピー」を必ずご提出ください。

健康保険組合には、40歳以上74歳以下の方全員に「特定健診」を実施し、結果を国に報告する義務があります。特定健診の「必須項目」を含む健康診断をお受けになった場合は、下記の手順に沿ってご対応ください。



健康診断結果のコピーと一緒にご提出ください

《様式 1》

令和 7 年度 パート先・自治体等健康診断結果送付票 兼 問診票

【属性記入欄】

保 険 証	記 号		番 号	
被扶養者氏名	か	生年月日		西暦 年 月 日
住 所	〒	TEL : () ※日中連絡先		
メールアドレス : @				
※ハイフンやアンダーバーなど、記号が分かるようにご記載ください				

【特定健診項目チェックリスト】 提出する健診結果に下記の必須事項が入っているか☑してください

内 容	ブリヂストン健保の必須項目の内容	☑チェック
医療機関情報	医療機関名称	☐
医師名	健診判定をした医師の氏名	☐
問診票	24項目の問診票すべてに記載	☐
健診日	健診日	☐
身体計測	身長	☐
	体重	☐
	BMI	☐
	腹囲	☐
血圧	収縮期血圧	☐
	拡張期血圧	☐
脂質検査	HDL-コレステロール	☐
	LDL-コレステロール	☐
	空腹時中性脂肪 または 随時中性脂肪（トリグリセライド、TGなどと表記）	☐
肝機能検査	AST(GOT)	☐
	ALT(GPT)	☐
	γ-GTP	☐
血糖検査	空腹時血糖 または HbA1c または 随時血糖	☐
尿検査	尿糖	☐
	尿蛋白	☐
身体診察結果	既往歴	☐
	自覚症状	☐
	他覚症状	☐
	医師の診断（判定）	☐

【➡裏面の問診票も必ず記入】

【問診票】

該当するものにチェック（☑）してください。

質 問 項 目		回 答
1 ～ 3 現在、a から c の薬を使用（服用）していますか		
1	a. 血圧を下げる薬	①☐ はい ②☐ いいえ
2	b. 血糖を下げる薬 または インスリン注射	①☐ はい ②☐ いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①☐ はい ②☐ いいえ
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①☐ はい ②☐ いいえ
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①☐ はい ②☐ いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか。	①☐ はい ②☐ いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある。	①☐ はい ②☐ いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	①☐ はい（条件1と条件2を両方満たす） ②☐ 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない（条件2のみ満たす） ③☐ いいえ
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	①☐ はい ②☐ いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施。	①☐ はい ②☐ いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施。	①☐ はい ②☐ いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	①☐ はい ②☐ いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	①☐ 何でもかんで食べることができる ②☐ 歯や歯ぐき、かみあわせ等 気になる部分があり、かみにくいことがある ③☐ ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速い。	①☐ 速い ②☐ ふつう ③☐ 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	①☐ はい ②☐ いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	①☐ 毎日 ②☐ 時々 ③☐ ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	①☐ はい ②☐ いいえ
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。 ※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者	①☐ 毎日 ②☐ 週5～6日 ③☐ 週3～4日 ④☐ 週1～2日 ⑤☐ 月1～3日 ⑥☐ 月1日未満 ⑦☐ やめた ⑧☐ 飲まない（飲めない）
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか。 ※日本酒1合（アルコール度数15度・180ml）の目安： ビール（同5度・500ml）、焼酎（同25度・約110ml）、 ワイン（同14度・約180ml）、ウイスキー（同43度・60ml）、 缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約500ml）	①☐ 1合未満 ②☐ 1～2合未満 ③☐ 2～3合未満 ④☐ 3～5合未満 ⑤☐ 5合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	①☐ はい ②☐ いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。	①☐ 改善するつもりはない ②☐ 改善するつもりである（概ね6か月以内） ③☐ 近いうちに（概ね1か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている ④☐ 既に改善に取り組んでいる（6か月未満） ⑤☐ 既に改善に取り組んでいる（6か月以上）
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	①☐ はい ②☐ いいえ
23	既往歴：①☐ あり（具体的な病名） ②☐ なし	
24	自覚症状：①☐ あり（具体的な症状） ②☐ なし	

全ての項目に ご回答いただけましたか？チェック漏れおよび重複チェックがないかをご確認ください。

【個人情報の取り扱いについて】

当健康保険組合は、取得した個人情報を適切な安全管理措置を講じ、利用目的の範囲内で利用いたします。
つきましては、当健康保険組合HPでご確認ください（<https://www.bridgestone-kenpo.or.jp/privacy/>）
本件の問合せ先：ブリヂストン健康保険組合 健診担当

個別にがん検診を受診された方向け 費用補助申請書

ファミリー健診のオプションではなく、「ご希望の医療機関」や「自治体」等でがん検診を受診され、費用補助申請をされる方は、こちらの申請書をご活用ください。

ファミリー健診のオプション検査との重複はできません。

！重複が確認された場合、返納を求めることがありますのでご注意ください！

年 月 日

ブリヂストン健康保険組合(1930A) 費用補助担当宛て

申請期限

令和8(2026)年3月31日[火]

健診・各種がん検診 費用補助申請書

1. 基本情報

被 保 険 者	事業所			所属部署		
	被保険者等記号 番号*1	記号	番号			
	被保険者名	印 *2	連絡先	e-mail		
			TEL			
受 診 者	資格区分	被保険者 / 被扶養者・任継者		受診者氏名		
	生年月日	昭・平	年 月 日 (歳)	令和7(2025)年度においては、誕生日が昭和61(1986)年3月31日以前の方は特定健診対象者です。※注1		

*1被保険者等記号番号は、健康保険証・資格情報のお知らせ・資格確認書・マイナポータルの資格情報画面などから確認ください

*2被保険者が自ら署名する場合は捺印不要

2. 申請内容

項 目	申請要件 年齢は年度末年齢 ※注2 (受診日に健保資格があること)	A:補助限度額	B:本人支払額 (領収書の金額)	補助申請額 (B>Aの場合はA)	備 考
①基本健診	特定健診対象者※注1でない 35歳以上の被扶養者・任継者	3,000円	円	円	生活習慣病健診・がん検診など
②乳がん検診 ※注3 ※注4	20歳以上の被保険者	6,000円	円	円	触診、マンモグラフィー、超音波など
	35歳以上の被扶養者・任継者	5,000円	円	円	
③子宮がん検診 ※注4	20歳以上の被保険者・被扶養 者・任継者	5,000円	円	円	内診、細胞診、経膈超音波、HPV検査 など
④その他のがん検診	特定健診対象者※注1である 被扶養者・任継者	3,000円	円	円	自治体や医療機関で受けた、ブリヂスト ングループが推奨するがん検診(胃が ん・大腸がん・肺がん・前立腺がん検診 (PSA))に限る ※注5
すべての項目において、補助対象は保険外・10割自費精算分となり、 保険診療の場合は補助できません。 ※注6			合 計	円	

3. 注意事項 ※受診する前に必ずお読みください

注1	特定健診対象者	年度末年齢が40歳以上74歳以下の方は特定健診対象者です。 令和7(2025)年度においては、誕生日が昭和61(1986)年3月31日以前の方となります。
注2	年度末年齢	健保年度は4月始まりのため、翌3月31日時点の年齢が年度末年齢となります。
注3	乳がんの費用補助につ いて	令和4(2022)年4月より、被保険者に対する乳がんの費用補助内容の見直しを行い、 20歳以上の被保険者に対して上限6,000円の補助 を行います。(従来は35歳以上の被保険者に対して上限5,000円の補助)
注4	セットでの乳がん検診・ 子宮がん検診について	乳がん検診と子宮がん検診がセットになっている場合は、それぞれ単独で受診した場合の料金を勘案して補助いたします。総合的な健診とのセットや、乳がん子宮がんの セット検診で料金が設定されている場合、それぞれにかかる費用の明細がない場合は補助できません。
注5	費用補助対象となる がん検診	自治体や医療機関で受けた、ブリヂストングループが推奨するがん検診(胃がん・大腸がん・肺がん・ 前立腺がん検診(PSA))以外の検診項目は対象外です。 なお、人間ドックや生活習慣健診等で個別の部位の費用が明確でないものも同様です。 費用補助の検査項目基準は被保険者と同じですので、上記以外の項目の申請はお受けいたしかねますのでご了承ください。
注6	保険診療の場合	補助対象は保険外・10割自費精算分となり、 保険診療の場合は補助できません。
そ の 他	申請回数	令和7(2025)年4月1日～令和8(2026)年3月31日に受診したものについて、年度内に各項目1回ずつ申請が可能です。①～④の項目が別であれば分けても申請できますが、できるだけすべて済んでからまとめて申請ください。
	申請期限	令和7(2025)年度の 申請期限は、令和8(2026)年3月31日(火)までブリヂストン健康保険組合必着 となります。 期限に間に合うよう、年度内早期の受診をお勧めいたします。 期限間近に受診され、申請書類の送付が期日までに間に合わない場合は、仮申請等をご案内しますので、事前にご連絡ください。連絡なく申請期限を過ぎた場合は、補助いたしかねます。
	支給方法	被保険者の給与口座(任継者は登録済のゆうちょ口座)に振込みいたします。
	領収書の添付と それにあたっての注意	領収書(原本)を本申請書に添付して提出 ください。 原則、 項目の記載のない領収書は不可 とします。もし領収書だけで項目やそれぞれの金額などが判別できない場合は、わかる資料を添付するか、医療機関の方に内訳を書き込んでいただくようにしてください。
	ファミリー健診を受診され た方	ファミリー健診のオプションでがん検診を受診された場合は、原則全額健保負担となりますので、自己負担は発生しません。オプション検査について、 従来のようにがん検診費用補助の申請を頂くことは不要です。 (乳がん検診で自己負担が発生した場合も、自己負担分は申請できません) ファミリー健診のオプションのがん検診を受診されなかった場合は、別途「その他のがん検診」「乳がん・子宮がん検診」の費用補助を申請することは可能です。

FAQ よくある質問とその回答

予約方式について

Q1 希望日記入方式は、いくつ希望日を書けばいいの?
A1 出来るだけ多くの希望日をご記入ください。
ご記入頂いた希望日で健診機関と調整いたしますので、第5希望まで記入頂いた方が決定がしやすくなります。
希望日での調整ができない場合は、健診機関より連絡があります。

Q2 直接予約方式は、健診機関に電話するだけいいの?
A2 いいえ。健診機関に電話予約の後にウィーメックス(株)にもインターネットまたはハガキで連絡が必要です。なお、直接予約できる健診機関は「健診機関リスト」に電話番号の記載がある健診機関のみとなりますので、ご注意ください。

申込について

Q3 2週間より前の日付で申込みはできますか?
A3 日程の調整、検査キットを送付するのに2週間が必要なため、2週間より先の受診日でご予約をしてください。

Q4 指定外の健診コースやオプション項目の申込方法は?
A4 自費となりますので、直接健診機関へご相談ください。
ウィーメックス(株)への申込み・連絡は不要です。
また、指定外の健診コースやオプション項目の予約ができない健診機関もありますのでご注意ください。

Q5 1ヶ月ほど前に申込みをしましたが、決定の連絡がありません。
A5 申込み後2週間を過ぎても健診予約券が届かない場合は、ウィーメックス(株)までお問合せください。

Q6 インターネット申込のログインIDがわからない
A6 健康診断の申込ハガキに、インターネットでの申込「ログインID」が記載されています。
ご不明な場合は、ウィーメックス(株)までお問合せください。

変更やキャンセルについて

Q7 受診日を変更したい
A7 まず直接健診機関へ連絡し、受診日を変更してください。
決定しましたら、ウィーメックス(株)へ連絡票をFAXまたは郵送いただくか、お電話でご連絡ください。
※キャンセルとなりますと、再度2週間より先でのお手続きとなりますのでご注意ください。

Q8 すでに申込んでいる健診機関を変更・キャンセルしたい
A8 まず申込み済みの健診機関へ直接キャンセルの連絡後、ウィーメックス(株)へ連絡票をFAXまたは郵送いただくか、お電話でご連絡ください。
その後、再度申込み手続きを行ってください。
※キャンセルとなりますと、再度2週間より先でのお手続きとなりますのでご注意ください。

メール・SMSについて

Q9 ウィーメックス(株)からメールまたはSMSを配信する事はあるのか?
A9 健康診断に関する通知を行う場合がございます。
メールはドメイン名「@inexus.ne.jp」より配信します。
SMSは0120507066または21053より配信します。
4Pにご案内がございますので、合わせてご覧ください。

受診日に必要な書類について

Q10 健康保険の加入証明について受診日に何を
持っていけば良いか
A10 以下のいずれかをご持参ください。
①健診予約券
②健康保険証（2025年12月1日まで）
③マイナ保険証
※読込不可の場合はマイナポータルを表示してください。
※受診日までにマイナンバーカードとの紐付け、移行を完了させてください。
④資格確認書
※マイナンバーカードを保持しない方に健保が発行します。（有効期限内のものに限る）
⑤資格情報のお知らせ（健保より送付されたもの）

不明な点は、こちらまでお問い合わせください。

ウィーメックス株式会社

受付時間：月～土9時～17時30分（日祝日年末年始除く） FAX：03-5994-2131
* 時間帯によっては電話のつながりにくい場合があります。予めご了承ください。

☎0120-507-066

〒859-3226
長崎県佐世保市崎岡町3068-9
佐世保情報産業プラザ第2棟2F