

令和8年度春季健康診断「お申し込み方法」について

①インターネットによるお申し込み 下記URLまたは、QRコードからアクセスしてお申し込みください。
 日本健康増進財団 健康診断お申し込みサイト (https://www.e-kenkou21.or.jp/contact2/lawyer2026.htm)
 弁護士国保ウェブサイト (https://www.bengoshi-kokuho.or.jp)

②FAXによるお申込み

03-5420-8045
 03-5420-8251
 03-3443-1031

申込書に必要事項をご記入のうえ、
 いずれか1カ所へ送信してください。



③郵送によるお申込み 申込書に必要事項をご記入のうえ、下記宛へご郵送ください。
 送付先：〒150-0013 東京都渋谷区恵比寿1-24-4 一般財団法人 日本健康増進財団 健診事務課

記入例及びご記入上の注意 ※インターネットでお申し込みの方もご参照ください。

個人情報の取扱いについて(弁護士国保加入の方へ)

弁護士国保加入者の健診結果は、弁護士国保の保健事業のデータ管理として、医療機関より提供されます。保健事業の充実、健診に対する国庫・都費補助金の基礎資料として弁護士国保にて管理いたしますので、同意のうえお申し込みください。ご同意いただけない場合、弁護士国保保険事業として受診することはできません。非加入者(弁護士国保補助なし)として扱います。 東京都弁護士国民健康保険組合

個人情報の取扱い 同意欄		<input checked="" type="checkbox"/> 同意します 弁護士国保加入の方は、✓をお願いいたします。 詳細は左頁の見本をご覧ください。 不同意いただけない場合、未加入者(組合補助なし)として扱いますので、ご了承ください。				
フリガナ	ビンゴ タロウ					
氏名	弁護士 太郎					
性別	男性	生年月日(西暦でご記入ください)	19650826			
〒	180-0003					
自宅住所	東京都武蔵野市吉祥寺南町1-1-1 駅前ハイツ 503					
事務所所在地	〒 -					
事務所名						
日中のご連絡先電話番号	第1希望	事務所名	健康増進法律事務所			
	電話番号	0422 - 9999 - 0000	霞が関			
	第2希望	事務所名				
	電話番号	090 - 9999 - 9999				
事前通知(FAX)希望番号	FAX番号	0422 - 9999 - 8888				
<弁護士国保加入状況 記載欄> ※右表1~5のいずれか1つに○を記入 自宅の住所(令和8年4月30日時点)		1	2	3	4	5
		組合員 東京都内 (枝番:00)	組合員 東京都外 (枝番:00)	家族 東京都内 (枝番:00以外)	家族 東京都外 (枝番:00以外)	弁護士国保に未加入
<弁護士国保加入者 記載欄> 被保険者記号・番号・(枝番) ※保険者番号(133199)ではありません。		記号	番号(右詰め)		枝番	
		84-	123	99900		
基本コース(いずれかに○をつけてください)		オプション検査				
※特定健診の対象は40歳以上の弁護士国保加入者(令和9年3月31日時点)		A・Bコースの方のみ追加可		単独でも受診可		
A	B	C	D	E	F	
生活習慣病健診 + 腹部超音波	生活習慣病健診のみ	特定健診*	腫瘍マーカー検査	肝炎ウイルス検査	大腸がん検査(郵送検診)	
第1希望日	第2希望日	第3希望日	第4希望日	〈ご要望欄〉		
6月16日	6月24日	7月1日	8月18日	同じ事務所の健康次郎と健康三郎と同日時を希望します。(1/3) 再送		
午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	健診機関記入欄		

氏名
 本名または職務上の氏名または旧姓のいずれか1つだけをご記入ください。また、書類の送付先として受け取ることができる氏名をご記入ください。
 例) × 弁護士(霞が関)太郎
 ○ 弁護士 太郎
 ○ 霞が関 太郎

送付先住所
 受診書類・結果報告書の送付先住所は、自宅または事務所のいずれかの住所をご記入ください。マンション名やビル名なども、省略せずご記入ください。送付先が事務所宛の場合は、下段の事務所名も必ずご記入ください。

事前通知(FAX)
 受診日時が決まりましたら、通知を希望される方へ、受診書類を送付する前にFAXでお知らせします。
 ※電話での日時通知は、ございません。

弁護士国保への自宅住所の届出
 令和8年4月30日時点の弁護士国保へ届け出ている自宅住所(都内・都外居住)に○をご記入ください。都内とは23区外(市・町・村)を含む東京都全域です。事務所の所在地ではございません。

ご要望欄
 グループにて同じ日程で受診または別の日程で受診をご希望の場合は、送信枚数と連番をご記入のうえ申込用紙をまとめて一緒にFAXまたは郵送してください。別々にお申し込みの場合はご希望に沿えない場合があります。
 ※別日希望の場合は、他の方と第1~第4希望日すべて別の日にちでご記入ください。
 内容修正等で再送する場合は、「再送」とご記入ください。

健診希望日
 ・健診日より、男性と女性で受診できる時間帯が異なります。『春季健康診断のご案内』の「健診日程」を参考に、希望日をお選びください。
 ・午前の受付時間は、12時15分までとなります。
 ・希望日に沿えない場合は、こちらから日程調整のために電話でご連絡します。
 ・健診希望日(午前・午後)は、できるだけ第4希望日までご記入ください。ご記入いただいたご希望日が少なく、再調整の連絡が取れない場合は、日程調整ができずご希望に沿えなくなることがあります。予めご了承ください。受付終了した日程はインターネット上に表示されなくなります。

令和8年度 春季健康診断申込書

【お申し込み期限 令和8年5月25日(月)】

健診機関記入欄(記入しないでください)

No.

FAX
 送信
 方向

FAX : 03-5420-8045
 03-5420-8251
 03-3443-1031

いずれか1カ所へ
 送信してください。



《お申し込みにあたってのお願い》

- インターネット、FAX、郵送いずれかの方法でお申し込みください。インターネットからの申し込みはこちら
- FAX・郵送による申し込みはインターネットによる申し込みと比べ、受付処理にお時間をいただく場合がございます。
- 受診日の確定は先着順となっております。お申し込み多数により、ご希望日に添えず日程調整が必要な場合や、未記入等により確認が必要な場合は、日中のご連絡先へご連絡いたします。確認でき次第、受付完了となりますので、ご了承ください。

【ご記入欄】 下記太枠内を全てご記入ください

個人情報の取扱い 同意欄		<input type="checkbox"/> 同意します 弁護士国保加入の方は、✓をお願いいたします。 詳細は左頁の見本をご覧ください。 不同意いただけない場合、未加入者(組合補助なし)として扱いますので、ご了承ください。				
フリガナ						
氏名	性別	生年月日(西暦でご記入ください)				
	男性 女性					
送付先住所(どちらか1つ記入)	〒 -					
自宅住所	〒 -					
事務所所在地	〒 -					
事務所名						
日中のご連絡先電話番号	第1希望	事務所名	担当者名			
	電話番号	-	-			
	第2希望	事務所名	担当者名			
	電話番号	-	-			
事前通知(FAX)希望番号	FAX番号	-				
<弁護士国保加入状況 記載欄> ※右表1~5のいずれか1つに○を記入 自宅の住所(令和8年4月30日時点)		1	2	3	4	5
		組合員 東京都内 (枝番:00)	組合員 東京都外 (枝番:00)	家族 東京都内 (枝番:00以外)	家族 東京都外 (枝番:00以外)	弁護士国保に未加入
<弁護士国保加入者 記載欄> 被保険者記号・番号・(枝番) ※保険者番号(133199)ではありません。		記号	番号(右詰め)		枝番	
		84-				
基本コース(いずれかに○をつけてください)		オプション検査				
※特定健診の対象は40歳以上の弁護士国保加入者(令和9年3月31日時点)		A・Bコースの方のみ追加可		単独でも受診可		
A	B	C	D	E	F	
生活習慣病健診 + 腹部超音波	生活習慣病健診のみ	特定健診*	腫瘍マーカー検査	肝炎ウイルス検査	大腸がん検査(郵送検診)	
第1希望日	第2希望日	第3希望日	第4希望日	〈ご要望欄〉		
月 日	月 日	月 日	月 日			
午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	健診機関記入欄		

午前の受付時間は、12時15分までとなります。

健康診断実施機関：一般財団法人 日本健康増進財団
 〒150-0013 東京都渋谷区恵比寿1-24-4 TEL 03-5420-8027・8028・8029