

## ② 健康診断日程の予約について

アカウントの登録が完了後、続けて下記画面より健診日程のご予約をお願いします。

公益財団法人  
長野県健康づくり事業団

オンライン健診予約

ログアウト

現在の予約状況

現在、ご予約はありません。  
お電話等でご予約済の場合、ご予約された健診機関へお問い合わせください。

健診の新規予約

協会けんぽ  
健康保険組合の予約

お客様情報の変更

受診者情報の変更

受診資格情報の変更



「保険証で予約する」を選択し、保険証の情報を登録してください。

受診資格情報の確認

受診資格 > 基本コース > オプション > 施設・日時 > 個人情報 > 確認 > 完了

生年月日や性別、保険証情報の登録・変更が必要な場合は、[こちら](#)から登録・修正することができます。

個人情報

生年月日 1990年04月05日 35歳

性別 男性

予約方法の選択 **必須**

保険証で予約する  企業名・事業所名で予約する  企業コードで予約する

※健診機関より特に指定が無い場合は、「保険証で予約する」を選択してください。

保険証情報

保険証情報が必要です。[こちら](#)から登録してください。

もどる

必要な情報を入力し「次へ」で進みます。

**受診資格情報の変更**

受診資格情報の変更 > 確認 > 完了

既に予約済の健診がある場合、受診資格が変わるため変更できません。まず、予約済の健診をキャンセルしてから変更をお願い致します。

**個人情報**

生年月日 必須   
8桁の半角数字で入力してください。

性別 必須  男性  女性

**保険証情報**

登録する  
\*健保が補助する健診の予約を行う場合、保険証情報の登録が必須です。

保険証の種類 必須  健康保険組合・共済組合

生年月日は8桁の数字(西暦)で入力します(2001年1月1日 → 20010101)

**区分** 必須

被保険者(本人)

被扶養者(配偶者)

被扶養者(配偶者以外)

任意継続の被保険者(本人)

↓ 保険証の内容にかかわらず同じように入力してください。

\*\*\*\*\* ご本人の保険証情報は日程確定の後にご入力いただきます \*\*\*\*\*

保険者番号 必須  **ゼロ 6 桁**

記号 必須  **「協会けんぽ」と入力してください。**

番号 必須  **ゼロ 4 桁**

校番 任意

**受診資格情報の確認**

受診資格情報の変更 > 確認 > 完了

<b>個人情報</b>	
生年月日	20010101
性別	男性
<b>保険証情報</b>	
保険証の種類	健康保険組合・共済組合
区分	被保険者(本人)
保険者番号	000000
記号	協会けんぽ
番号	0000
枝番	

**完了する**

もどる

内容を確認し、宜しければ「完了する」で進みます。



**受診資格情報の変更完了**

受診資格情報の変更 > 確認 > 完了

受診資格情報の変更が完了しました

**ひきつづき健診の予約を行う**

「ひきつづき健診の予約を行う」へ進みます。



<b>個人情報</b>	
生年月日	
性別	
予約方法の選択	<input checked="" type="radio"/> 保険証で予約する <input type="radio"/> 企業名・事業所名で予約する <input type="radio"/> 企業コードで予約する

※健診機関より特に指定が無い場合は、「保険証で予約する」を選択してください。

「保険証で予約する」を選択します。  
先に登録した保険証情報が表示されるので「次へ」で進みます。

協会けんぽ 人間ドック健診 (35~74歳)

説明: 対象: 35~74歳の方

受診可能な健診コースが表示されます

オプション検査

- 協会けんぽ 肝炎ウイルス検査 (補助)  
協会けんぽの健診を受診される方で希望により実施可能 (過去に)
- ◆ 特殊健康診断  
特殊健康診断の項目はオプションの「じん肺」「石綿」

協会けんぽ補助があるオプションコースが表示されます。同時に特殊健康診断を受診される場合もこちらで選択してください。

その他お勤めオプション検査

- ヘリコバクター・ピロリ抗体検査  
胃がんの原因になるピロリ菌を検査します ※ピロリ菌の除菌歴のある方は対象外 【血液検査】 2,200円
- ペプシノーゲン  
胃粘膜の萎縮の程度を調べることで胃がんのリスクがわかります 【血液検査】 2,480円
- 胸部CT検査  
ヘリカルCT 200円
- 甲状腺検査セット  
甲状腺ホルモン検査 (TSH・FT4) + 甲状腺超音波検査 800円
- 甲状腺超音波検査  
甲状腺の超音波検査 1,100円
- 甲状腺ホルモン検査  
甲状腺ホルモン検査 (TSH・FT4) 【血液検査】 2,670円
- CEA・CA19-9 (癌マーカー)  
大腸がん、膵臓がん、胆道がんなどの消化器系のほか様々な臓器のがんで上昇します 【血液検査】 3,300円
- 前立腺PSA検査  
前立腺がんで高率に上昇します。また前立腺肥大症でも高くなる場合があります 【血液検査】 1,990円
- 肝炎ウイルス検査  
B・C型肝炎ウイルス検査 【血液検査】 1,980円
- 動脈硬化検査 (差分) (血圧脈波+内臓脂肪CT) ※ドック用  
頸動脈超音波検査にプラスすることで動脈硬化についてより詳しく検査できます。 4,050円
- 脂肪CT検査 2,200円

上記以外のオプション検査が表示されます。希望のオプションを選択してください。

スクロールしてコースを選択します。

① 最初にコースを選択 (左横ボタン) ⇒ ② オプションの選択へ

<人間ドック>

人間ドック健診 (35~74歳の方)

<一般健診 (生活習慣病予防健診)>

一般健診 (35~74歳の方) ※早朝あり  
一般健診 (20・25・30歳の方)

<定期健康診断>

定期健康診断 (34歳以下で20・25・30歳以外の方) ※早朝あり

※35~74歳で定期健康診断を希望される方はお電話にてご予約をお願いします。

<深夜業健康診断>

血液検査、胸部X線検査は含まれません。

<特殊健康診断>

特殊健康診断の内容はオプションより選択してください。  
(じん肺・石綿・有機溶剤・鉛・特定化学物質など...)

子宮検診を希望される方は【女性の日】のコースを選択してください。

日程を選択します。

受診日時 **必須**

< 前年 翌年 > < 前月 翌月 > 今日

2026年4月 ◎十分に余裕あり ○余裕あり △残りわずか ×空きなし

日	月	火	水	木	金	土
29日	30日	31日	1日	2日	3日	4日
5日	6日	7日	8日	9日	10日	11日
12日	13日	14日	15日	16日	17日	18日

希望のコースが受診可能な日程が表示されます。希望日を選択すると「緑」⇒「青」に変わります。

08:00-08:15

08:00-08:15

ご予約に際しまして何かございましたら「申し送り事項」へ入力してください。

申し送り事項 **任意**

健診機関へお伝えしたいことがありましたら、こちらにご入力ください。  
例) 車椅子のため、介助が必要です。

(例) 協会節目健診と同等のオプションを希望します。  
(例) 妊娠中です。

0/300

次へ

もどる

最後に受診者情報の登録をします。

### 受診者情報の登録

受診者様の情報のご入力をお願いします。誤って入力された場合、受診票や健診書類等が届かなくなる場合がありますので、ご注意ください。  
なお、予約が完了しますと、入力いただいたメールアドレス宛てに通知をお送り致します。

お名前（全角カナ） **必須**      セイ       メイ

お名前（漢字） **必須**      姓       名

電話番号（ハイフンなし） **必須**     

日中の連絡先（ハイフンなし） **必須**     

メールアドレス **任意**     

予約内容を登録メールアドレス宛てに送信する

住所 **必須**      郵便番号（ハイフンなし）      

住所

上記住所と同じ

郵便番号（ハイフンなし）      

住所

事業所名称 **必須**     

勤務先(会社名)から変更をお願いします。

保険者番号 **必須**     

保険者名称(支部名) **必須**     

保険証記号 **必須**     

保険証番号 **必須**     

長野健康センターの受診は初めてですか。 **必須**       はい       いいえ

旧姓 **任意**     

前回の受診時と変更があった場合。

健診日が近くなりましたらご登録の携帯電話番号へショートメールにてお知らせします。希望されますか。 **必須**       はい       いいえ

ご登録の住所が問診票の送付先となります。宜しいでしょうか。 **必須**       はい

保険証の内容をこちらへ登録してください。

健康保険 本人(被保険者)      99999999  
被保険者証 記号 99999999      番号 99  
氏名 健診 太郎      (校番) 01  
生年月日 昭和 45年 5月 10日      性別 男  
定年月日 平成 27年 12月 10日  
保険者氏名 健診 太郎  
事業所名称 ○株式会社  
保険者番号 99999999      **見本**  
保険者名称 ○〇〇健康保険組合  
保険者所在地 ○〇県△△市◇◇町111番地1  
電話番号 999-9999-9999

「次へ」で進みます。予約内容の確認をし「予約する」でご予約完了です。

- ◆ 「予約内容を登録メールアドレス宛てに送信する」にチェックされた場合は予約完了後に 予約の仮メール、当センターで確認後に 予約確定メールをお送りします。
- ◆ 予約後登録されたご住所へ問診票を郵送にてお届けします(概ね健診日の2~3週間前)
- ◆ CARADA健診予約でのキャンセル・変更期限を過ぎた場合はお電話にてご連絡ください。
- ◆ 健診費用のお支払い方法につきましては企業(団体)様ごとに異なりますので後日発送される書類にてご確認ください。