

2026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

2027年 2月28日まで

受診  
期限

2027年 3月31日まで

ブリヂストン健保の特定健診は、約85%の方が受診しています。(2024年度実績)

**NEW!!** 35歳、39歳を含めた節目年齢の方は人間ドック相当が受診できます!



- 「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  
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（75歳の誕生日の前日まで）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。

「ファミリー健診」はおかげさまで3年目を迎えました。これまでのアンケートでは、「胃カメラを利用したい」など、オプション項目のさらなる充実を求める多くのご意見をいただいております。

こうした声を受け、今年度からは新たに35歳・39歳を追加した「節目年齢」（下図参照）の方を対象に、人間ドック相当のより充実したオプション項目をご利用いただけるよう内容を見直しました。これにより、これまで以上に総合的な健康チェックが可能になっています。

皆様の大切な健康を守るため、ぜひ積極的にご利用くださいますようお願い申し上げます。

（委託会社:ウィーメックス株式会社）

なお、健康診断の結果、生活習慣病を発症する可能性が高いと判断された方には、「特定保健指導」をご案内しております。対象の方には、健診当日または郵送にてご連絡いたしますので、積極的なご参加をお願いいたします。

（委託会社:株式会社オクタウエル）

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)

2026年度 節目オプション受診対象年齢表

年齢	誕生年月
35歳	1991年4月～1992年3月
39歳	1987年4月～1988年3月
43歳	1983年4月～1984年3月
47歳	1979年4月～1980年3月
51歳	1975年4月～1976年3月
55歳	1971年4月～1972年3月
59歳	1967年4月～1968年3月
63歳	1963年4月～1964年3月
67歳	1959年4月～1960年3月
71歳	1955年4月～1956年3月

## 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、健康診断結果および申込書に記載された個人情報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2026年度(本年4月1日～翌年3月31日)35歳、39歳および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。節目オプション受診対象年齢の確認は、1P年齢表をご確認ください。

## 申込期限

2027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～2027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8(2026)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
共通オプション	胃がん検診(胃バリウム検査)	全額補助	0円 ただし、以下の場合は自己負担が発生 ・乳がん検診の～両方の合計が5,000円を超過した金額 ・節目年齢以外の方が、胃部X線から胃カメラに変更する場合は全額
	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		
節目オプション	眼底	全額補助	0円 ただし、胃カメラ検査において鎮静剤等を希望した際には、医療機関によって自己負担が発生。詳細は医療機関に直接問い合わせください。
	胸部CT		
	胃カメラ(経口)又は(経鼻)		
	腹部超音波(エコー)		
	HCV抗体(C型肝炎)		
	HBs抗原(B型肝炎)		
	MCV・MCH・MCHC(貧血)		
	セット②(総蛋白、血清鉄、コリンエステラーゼ、ALP、アルブミン、A/G比、総ビリルビン、LDH、血清アミラーゼ、血清鉄、眼圧)		

- 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  
おまかせ



## ▶ 申込 ▶

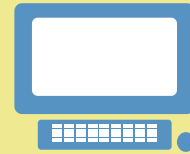
インターネットか同封のハガキでお申込みをお願いいたします。  
スマートフォンからもお申込みできます。

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。

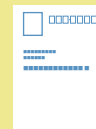


## インターネット申込 7P

or

## ハガキ申込 10P

※当書に同封しております。



## ▶ 直接予約

「健診機関リスト」に電話番号がある健診機関は、「直接予約」が可能です。

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

**健診機関に「直接予約」をおこなった場合もウィーメックス(株)への申込み(インターネットorハガキ)が必要です。**

**申込みをせずに受診されると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。

ここまでできたら、  
いよいよ  
健診の受診です



#### 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。

### 健診受診 ▶

以下の①または②のいずれかと、健診予約券をご持参ください。  
また、自己負担金が発生する場合は、その金額もあわせてお持ちください。

#### ①マイナ保険証

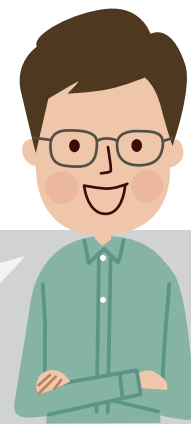
※機器の不具合等に備え、資格情報のお知らせまたはマイナポータル画面も併せてご持参ください。

#### ②資格確認書(①をお持ちでない方)

※15PのFAQもご覧ください。

### 健診受診

今年は食べ物に  
気をつけよう!



### 検査結果の到着

### 結果到着

健診結果票は受診日よりおよそ3~4週間後に健診機関から直接送付されます。

直接予約の方向け

## 電話予約ガイドンス

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。  
\* オプションは、6Pのオプション項目をご参照ください。

## 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

2027年 2 月 28 日まで

受診  
期限

2027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

※ ウィーメックスへ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、上記の「吹き出し」内容をご参照ください。

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	

◎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。

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

節目 オプション	<input type="checkbox"/> 眼底	<input type="checkbox"/> HCV抗体（C型肝炎）
	<input type="checkbox"/> 胸部CT	<input type="checkbox"/> HBs抗原（B型肝炎）
	<input type="checkbox"/> 胃カメラ（経口）又は（経鼻）	<input type="checkbox"/> MCV・MCH・MCHC（貧血）
	<input type="checkbox"/> 腹部超音波（エコー）	<input type="checkbox"/> セット②（総蛋白、血清鉄、コリンエステラーゼ、ALP、アルブミン、A/G比、総ビリルビン、LDH、血清アミラーゼ、血清鉄、眼圧）

※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）	●	便	便潜血	○
	自覚症状および他覚症状の有無の検査	●	胃部	胃部X線	○
	問診：既往歴及び業務歴の調査	●	前立腺	PSA（50歳以上）★男性のみ	○
	問診：特定22項目（喫煙歴・服用歴必須）	●	婦人科	子宮頸部細胞診（医師採取）★女性のみ	○
身体測定	身長・体重・BMI・腹囲	●		乳房X線（マンモグラフィ）★女性のみ	○
	血圧・心電図（12誘導）	●		乳房超音波（エコー）★女性のみ	○
生理	眼底検査（両眼）	□	節目 オプション	眼底	○
	視力・聴力（1000/4000）	●		胸部CT	○
X線	胸部X線撮影	●		胃カメラ（経口）又は（経鼻）	○
	クレアチニン・尿素窒素・尿酸	●		腹部超音波（エコー）	○
生化学	総コレステロール・HDL-cho・LDL-cho・中性脂肪	●	HCV抗体（C型肝炎）	○	
	GOT・GPT・γ-GTP	●	HBs抗原（B型肝炎）	○	
	空腹時血糖もしくは随時・HbA1c	●	MCV・MCH・MCHC（貧血）	○	
	赤血球・白血球・血色素	●	セット②（総蛋白、血清鉄、コリンエステラーゼ、ALP、アルブミン、A/G比、総ビリルビン、LDH、血清アミラーゼ、血清鉄、眼圧）	○	
血液学	ヘマトクリット・血小板数	●			
	尿蛋白・尿糖・尿潜血	●			
尿	ウロビリノーゲン	●			

※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。

※節目年齢以外の方が胃部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。

節目オプション受診対象年齢

年度末（2027年3月末時点）年齢が35歳・39歳・43歳・47歳・51歳・55歳・59歳・63歳・67歳・71歳（1P年齢表を参照）

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。

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  
しください。

※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。



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

<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。

区分	対象年度	コース
施設	202X	ファミリー健診

## 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。受診されるご本人様の電話番号を入力してください。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  
〒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  
〒角数字とハイフン(-)を入力してください(03-1234-5678)

(必須) 日中連絡先  
〒角数字とハイフン(-)を入力してください(03-1234-5678)  
(2022年度受診券のお申込みについてはメールアドレス(任意) 発送先メールアドレス  
〒角英数字記号で入力してください(xxxx@example.jp)

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

(注意事項)  
・入力内容をよく確認し、確実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おりません。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

予約 00001

申込内容の確認

選択したコースの概要

コース	予約情報
オプション	私です。 予定なし
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 0円

健診機関の概要

機関番号	07507
機関名称	東京都医師会連合会 東京医療機関
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	

申込者の情報

保険証番号	5999
保険証番号	0001
氏名	テスト 00001
氏名(カナ)	テスト センセイロセイロイチ
性別	女性
生年月日	1970年08月05日
健康保険種別	●●●●健康保険組合
メールアドレス	

施設別の情報

郵便番号	152-0003
住所	東京都目黒区内南町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

個人情報の入力に戻る

上記内容で申込

修正が必要な場合は「個人情報への入力に戻る」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ると、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

The image shows two sample application forms side-by-side. The left form is for '巡回レディース健診' (B) and the right is for '施設型健診' (A). Both forms have a header section with personal information and a main grid for health status. Arrows from the text labels point to specific parts of the forms: '巡回レディース健診 記入欄' points to the header of the B form, '施設型 記入欄' points to the header of the A form, '巡回レディース 記入例' points to the example text below the B form, and '施設型 記入例' points to the example text below the A form.

**注意**

1. 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。
2. 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。
3. 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

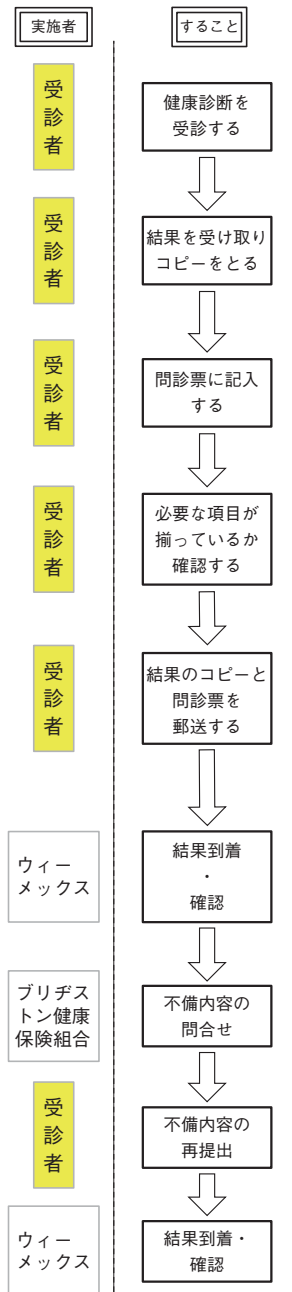
パート先等健診結果の提出は必要ありません。

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。



#### 各項の説明（事前にご確認ください）

パート先・自治体等で健康診断を受診。  
（個人で申し込んだ人間ドックも可）

● **2026年4月1日～2027年3月31日までの受診分**

健診結果を受け取ったら、健診結果のコピーを取ってください。  
※結果を確認し、精密検査が必要であれば早めに受診しましょう。

※提出要①

右ページにある別紙《様式1》パート先・自治体等健康診断結果送付票兼問診票に必要事項を記入してください。

※提出要②

特定健診として報告するために、必要な項目がすべてそろっているか確認してください。

※**足りない項目がある場合は、特定健診報告の対象外となりますので、ファミリー健診の受診をお願いします。**

**重要!**

コピーした健診結果と問診票をご確認の上、同封の封筒をご利用し送付ください。

〒859-3290 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  
ウィーメックス株式会社  
ブリヂストン健康保険組合 パート先等健診結果受付係 宛

届いた健診結果と問診票の内容を確認します。

内容に不備があった場合は、書類が健保組合に回送されてきます。

**提出期限:2027年4月30日 ウィーメックス必着**

※提出期限を設けておりますが、健診結果がお手元に届きましたら、速やかにご提出頂けますと幸いです。

ブリヂストン健康保険組合から受診者様へ不備内容の問い合わせを行います。ご連絡させていただいた際は、ご協力をお願いします。

不備内容の再取得が困難な場合は、改めてファミリー健診をご受診ください。

送付忘れ、受診医療機関からデータを再取得された場合はご提出ください。

送付用封筒はブリヂストン健保までご連絡頂ければお送りいたします。

届いた再提出結果を確認します。

#### パート先・自治体等の健康診断結果提出方法

※提出要①

● 健診結果のコピー

● 健診結果の全て（裏面があれば裏面も）をコピー

※提出要②

● 別紙《様式1》結果送付票兼問診票

● 24項目の問診にお答えください  
● 特定健診項目がそろっているかチェック  
※全ての項目がそろっていないと受付できません

● 返信用封筒

● 同封の封筒に入れて投函ください



PepUpのポイントをプレゼント（詳しくは、同封の「健康診断ガイド」参照）

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8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	<input type="checkbox"/>
医師名	健診判定をした医師の氏名	<input type="checkbox"/>
問診票	24項目の問診票すべてに記載	<input type="checkbox"/>
健診日	健診日	<input type="checkbox"/>
身体計測	身長	<input type="checkbox"/>
	体重	<input type="checkbox"/>
	BMI	<input type="checkbox"/>
	腹囲	<input type="checkbox"/>
血圧	収縮期血圧	<input type="checkbox"/>
	拡張期血圧	<input type="checkbox"/>
脂質検査	HDL-コレステロール	<input type="checkbox"/>
	LDL-コレステロール	<input type="checkbox"/>
	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）	<input type="checkbox"/>
肝機能検査	AST(GOT)	<input type="checkbox"/>
	ALT(GPT)	<input type="checkbox"/>
	γ-GTP	<input type="checkbox"/>
血糖検査	空腹時血糖 または HbA1c または 随時血糖	<input type="checkbox"/>
尿検査	尿糖	<input type="checkbox"/>
	尿蛋白	<input type="checkbox"/>
身体診察結果	既往歴	<input type="checkbox"/>
	自覚症状	<input type="checkbox"/>
	他覚症状	<input type="checkbox"/>
	医師の診断（判定）	<input type="checkbox"/>

【➡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☐ ふうつう 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日未滿 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合未滿 ②☐ 1～2合未滿 ③☐ 2～3合未滿 ④☐ 3～5合未滿 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せんか。	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か月未滿) 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: プリヂェストン健康保険組合 健診担当

# 【ブリヂストン健康保険組合提出用】

## がん検診個別受診者用 費用補助申請書

ファミリー健診のオプションではなく、「かかりつけ医」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。

〒106-0047

東京都港区南麻布5-1-7  
ブリヂストングローバル研修センター3階

ブリヂストン健康保険組合  
費用補助申請書担当者 行

キリトリ

↑上記の宛名を切り取ってお使いください。

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9(2027)年3月31日[水]

## 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	令和8(2026)年度においては、誕生日が昭和62(1987)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、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8(2026)年度においては、誕生日が昭和62(1987)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8(2026)年4月1日～令和9(2027)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8(2026)年度の申請期限は、令和9(2027)年3月31日(水)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、本申請書にて「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** すでに申し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マイナ保険証  
※機器の不具合等に備え、資格情報のお知らせまたはマイナポータル画面も併せてご持参ください。  
※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。  
※有効期限切れにご注意ください。  
受診日までに更新が必要です。  
②資格確認書  
※マイナンバーカードを保持していない方などに健保が発行しています。有効期限は、3カ月または5年です。

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

☎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

〒859-3226

\* 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。

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