

2026年2月20日
青年海外協力隊事務局

【2026年春募集への応募を検討されている皆様へ】

2026年春募集の健康診断書様式(参考)を、別添資料のとおり公開します。
必ず2026年春募集の応募マイページから、健康診断書をダウンロードの上、医療機関を受診し、下記締切日までにご提出ください。

■締切日:2026年4月15日(水)23時59分(日本時間)

問診票および健康診断書は、健康審査書類提出システムを通じて回答・提出(アップロード)いただくこととなります。郵送での提出ではありませんのでご注意ください。
また、健康審査書類提出システムの操作方法は、募集要項をご覧ください。

以上

別添資料「健康審査書類の提出について」

健康審査書類の提出について

- ・ 医療機関によっては検査結果を得るまでに時間を要する場合がありますので、速やかに健康診断を受診してください。
- ・ 問診票および健康診断書は期限内にシステムから回答および提出（アップロード）する必要があります。
- ・ 問診票および健康診断書を郵送した場合、受領することはできず、選考対象外となります。

1. 健康審査書類提出システムで回答・提出（問診票および健康診断書）

■提出締切日：2026年4月15日（水）日本時間 23 時 59 分締切

※締切後の提出はできません。

■提出方法：健康審査書類提出システムの操作方法については、募集要項をご確認ください。

<全員必須>

- ① 問診票・・・健康審査書類提出システムで回答し、送信する。
- ② 健康診断書・・・マイページから健康診断書をダウンロードし、健康審査書類提出システムから提出（アップロード）する。

<海外の医療機関で受診者のみ必須/その他の方は任意>

③ 血液検査結果

※日本国内の病院で発行された検査結果がある場合は提出（所定の様式はありません）。

※海外の医療機関で受診する場合はご提出が必須となります。また検査値の単位や基準が明記されている検査結果も必ずアップロードしてください。提出がない場合は適正な判断ができず選考中止となる場合があります。

■健康審査書類提出システムにかかるお問い合わせ先：

（E-Mail） info@jica-saiyo.com （JICA 海外協力隊選考事務局宛）

（件名） 【健康審査書類提出システムについて】

■健康診断書・問診票の項目にかかるお問い合わせ先：

（E-Mail） jvtsa@jica.go.jp （JICA 青年海外協力隊事務局 選考・訓練課宛）

（件名） 【2026年春募集健康審査について】

問い合わせ前に必ずこちらから「よくある質問」をご確認ください

<https://faq.jica.go.jp/>



【注意事項】

■ログインIDについて

- 健康審査書類のログイン ID (問診票を PDF 出力して確認および健康診断書に印字) とマイページのログイン ID が同一であるか確認してください。
- 問診票とマイページのログイン ID が異なる場合、問診票と同じログイン ID でマイページの入力を進めてください。
- 健康診断書のログイン ID が問診票と異なる場合は、健康審査書類提出システムから提出 (アップロード) する前に、紙の健康診断書に印字されているログイン ID に直接二重線を引いて、手書きで問診票と同じログイン ID を記載してください。
- 問診票、健康診断書、マイページの 3 つのログイン ID が異なるまま応募完了されても、応募を受け付けられず、応募未完了扱いとします。

■問診票

- マイページを作成した翌日以降に『JICA 海外協力隊 健康審査書類提出システム登録のお知らせ』が届きます (発信元: wellness-support-tools@abr-net.com)。メールには健康審査書類提出システムの URL および ID、パスワードが記載されておりますので、URL よりアクセスし、問診票の設問にご回答ください。
- 万が一修正が必要になった場合は、下記宛てに修正内容をご連絡ください。問診票のデータはシステム上では修正されませんが、ご連絡いただいた修正内容も踏まえて健康審査いたします。

JICA 海外協力隊 健康診査係 (株式会社トラメディック)

メールアドレス: Jica-tramedic@medi-s.net

件名: 問診票の修正 (マイページ ID 番号記載)

ご連絡内容: 氏名 / ②ログイン ID / ③応募区分 (長期 / 現職教員特別参加制度 / 連携派遣 / 短期、等) / ④修正箇所 (修正前 / 修正後)

■健康診断書

- 応募時に作成するマイページからダウンロードした様式のみ有効。
※ID 番号は、マイページのログイン ID 番号のアルファベットを除く下 7 桁の数字です。
(例: マイページログイン ID が「abc2000001」の場合、ID 番号は「2000001」)
- 別途受診された健康診断の結果を転記する場合も必ずこの様式をご使用ください。転記の場合は、2025 年 11 月 29 日(土)以降に受診した健康診断結果が有効となります。
- 健康診断書の自筆は無効です。また医療機関名、医師の氏名 (署名) のないものは受理できません。前述の健康診断有効日を満たす別の機会に受診した健康診断結果を転記する場合においても、必ず医療機関での転記をお願いします。自身で転記されたものは受理できません。
- 健康診断書は日本語又は英語で記入してください。それ以外の言語で記入されたものは受け付けません。
- 健康診断書の全項目が漏れなく記入されているか等、提出前に必ずご自身で確認してください。 未記入項目があると、審査ができず、選考中止となります。
- 可能な限り、健康診断書は 1 枚であることが望まれます。難しい場合に限り、複数枚の健康診断書を受け付けますが、その場合、すべての健康診断書をアップロードしてください。ま

た、2 枚目以降の診断書にも受診日、医療機関名、医師の氏名等の記載漏れがないか確認してください。

<健康診断時の留意事項>

- 受診前日は飲酒や激しい運動を避け、夜 10 時以降は食事を取らないでください。
- 受診当日の朝は絶飲食とし、午前中に診察を受けてください。空腹血糖値等に影響します。
- やむを得ず午後の受診となる場合、絶飲食期間は受診する医療機関の指示に従ってください。
- 裸眼視力測定は必須です。コンタクトレンズ使用者は裸眼測定の準備をして受診してください。
- 女性の方は、月経日および月経直後を避けて尿検査を実施してください。
- 尿検査を月経中に行うと再検査となり、その費用は自費となります。
- 喫煙者は、受診当日は禁煙してください。喫煙は、血圧等に影響します。

■その他

- 健康診査係から、診断書や問診票の記入内容に関する問い合わせや、再検査等の依頼がメールで届く場合があります。マイページに登録したメールアドレスに、健康診査係からの連絡が来っていないか定期的に確認し、迅速にご対応ください。
- 提出していただいた健康審査に係る書類は、合格され派遣が決定した場合に、JICA 安全管理部健康管理室、青年海外協力隊訓練所診療室、派遣国在外事務所、ならびに国際協力共済会と情報共有します。また、必要に応じて海外旅行保険会社にも情報を共有する場合があります。

2. 郵送で提出（健康診断料補助申請にかかる書類）※希望者のみ

（1）支払い対象となる条件

締切日までに以下を満たす場合は健康診断料として 5,000 円を上限に補助します（5,000 円未満は実費）。

- マイページにて「⑨登録した情報を確定する」まですべて回答完了していること
- 健康審査書類提出システムにて問診票の回答および健康診断書のアップロードが完了していること
- 領収証および明細書、健康診断料立替払請求書を 2026 年 4 月 15 日（水）必着にて提出され、かつ書類不備等がないこと

※ただし、応募完了後から選考期間中に辞退された場合は補助の対象となりません。（登録者の方が選考途中でオファーを受けることになった場合も含まれます。）

（2）提出について

■提出締切日：2026 年 4 月 15 日（水）必着

応募期間（2026 年 2 月 27 日（金）～4 月 15 日（水））外に書類が到着した場合、補助は出来ません。

■提出物（全て A4 片面印刷）

- ① 選考時健康診断の領収証貼付用台紙
※ 領収証および明細書の原本を添付

② 健康診断料立替払請求書

■提出方法・郵送先：

- 郵送のみ受け付けます。システムからの提出（アップロード）および送り先住所に持参いただいても受理できません。
- 必ず一括で送付してください。（複数回に分けての送付は受理できません。）
- 最終ページにある宛先を切り取って封筒に貼ってください。また差出人の欄は、必ずご自身で記入してください。差出人住所が不明な場合は破棄させていただきます。
- 差出人氏名の欄にマイページのログインIDを必ず記載してください。
- 海外から送付する場合、最終ページの英語の宛先を記載してください。この宛先以外を書くと期日までに届かない可能性があります。また、最終ページにある日本語の宛先も封筒の裏等に貼ってください（利用するサービスのルールで貼り付けが禁止されている場合、不要です）。
- 郵送料は自己負担です。料金不足の場合は差出人宛に返却します。必ず郵便局窓口等で料金確認をしてください。
- 応募期間外に到着した場合は受領できません。また、JICA では到着のお問合せには一切お答えいたしません。できる限り、レターパックライト、レターパックプラス、簡易書留、特定記録等、配達状況が追跡できる手段を取り、配達記録にて到着の有無をご確認ください。JICA では郵送事故についての対応はできかねます。
- 郵送いただいた書類は返却できません。

■健康診断料補助にかかるお問い合わせ先：

(E-Mail) jvtsa@jica.go.jp (JICA 青年海外協力隊事務局 選考・訓練課宛)

(件名) 【2026 年春募集健康審査について】

問い合わせ前に必ずこちらから「よくある質問」をご確認ください

<https://faq.jica.go.jp/>



【書類の詳細および注意事項】

■領収証および明細書、健康診断料立替払請求書

- 「選考時健康診断の領収証貼付用台紙」に、医療機関発行の領収証および明細書の原本を 1 枚ずつ（片面に 1 枚ずつ、折らずに）貼り付けてください。複数枚の場合は、2 枚以降、A4 白紙に貼付してください。なお、すでに A4 サイズの場合は貼付不要です。「選考時健康診断の領収証貼付用台紙」以外の書類は、余白に ID と氏名を記載してください。
- 領収証は宛名が個人名であり、医療機関名および医療機関印があることを確認してください。医療機関印がない場合はその理由をご自身又は医療機関にて、「選考時健康診断の領収証貼付用台紙」に記載してください。
- レシート（「領収証」と記載がない）やクレジットカード売上票は領収証の代用となりません。
- 原本と確認できない書類でのご提出や、指示された項目以外の検査費、また治療費、投薬費、処方箋料、郵送料等は補助の対象となりません。
- 転記の場合は、転記料のみが補助の対象となります。転記時に検査項目が網羅できず、追加で

行った検査費用は補助の対象外です。

- 「選考時健康診断の領収証貼付用台紙」の各項目をチェックし、ご自身で提出内容を確認のうえ、同封してください。
- 健康診断料立替払請求書の金額は、5,000 円を上限にかかった費用を記入してください（海外で受診された方は、現地の通貨でかかった費用を記入してください）。
- 健康診断料の補助の支払いは、2026 年 12 月頃となる見込みです。
- 領収証および明細書が日本語以外の場合は、日本語の訳をつけてください（ご自身による付箋等への記入で問題ありません）。

以 上

宛先貼付用：

↓↓切り取り↓↓

送り先住所： 〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-4-1 竹橋合同ビル 7F 青年海外協力隊事務局 選考・訓練課 健康診断料補助受付係
差出人住所： 〒
氏名：
ログイン ID：
電話番号：
JICA 海外協力隊 2026 年春募集 健康診断料補助申請にかかる書類

英語宛先：

Secretariat of JOCV, JICA Takebashi Godo Building 7F 1-4-1 Otemachi, Chiyoda-ku, Tokyo 100-0004 Japan
--

選考用・健康診断書記入

※全項目もれなく記入ください。未記入項目があると、審査対象外で、不合格となります。

[本人記入欄] ※To be completed by the applicant.

受験区分	氏名	ログインID
2026年春募集	フリガナ	

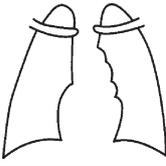
[医療機関記入欄] ※To be completed by medical professional.

Health Record (健康診断書)

Sex (性別) M / F

生年月日 年 月 日 年齢 才
Date of birth (Y) (M) (D) Age

Name (受診者名)

Physical Findings 身体所見		Hematology 血液学 ※全項目必須	Urine 尿検査	
Height 身長	kg	ABO type 血液型	Protein 蛋白 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+	
Weight 体重	kg	Rh type Rh血液型 + / -	Glucose 糖 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+	
BMI 体格指数 [Wt(kg)/Ht(m) ²]		WBC 白血球 単位を選択 : 10 ³ /mm ³ または /μl	Blood 潜血 - ± + <input checked="" type="checkbox"/> 2+	
Blood pressure 血圧 / mmHg		RBC 赤血球 ×10 ⁴ /mm ³	Chest X-Ray 胸部レントゲン ※Direct roentgenography 直接撮影で実施 normal 正常 / abnormal <input checked="" type="checkbox"/> 異常 Finding 所見: 右上葉陰影 異常時: 精査 要 / 不要	
Abdominal circumference 腹囲 cm		Hb ヘモグロビン g/dl		
Visual Acuity 視力 ※裸眼必須		Ht ヘマトクリット %		
裸眼(uncorrected)	矯正(corrected)	Plt 血小板 ×10 ⁴ /mm ³		
R 右		Bio-Chemistry 生化学 ※全項目必須		
L 左		AST(GOT) U/L		
Hearing 聴力		ALT(GPT) U/L	Atopic dermatitis アトピー所見 Not found <input checked="" type="checkbox"/> 無 Found 有	
(1000Hz)	(4000Hz)	γ-GTP U/L		
Rt 右 db	db	Triglyceride 中性脂肪 mg/dl		
Lt 左 db	db	HDL mg/dl	Physical Findings 診察所見 Inspection/Auscultation/Palpation/Others Not found 無 / Found <input checked="" type="checkbox"/> 有 Finding 所見:	
E.C.G 心電図		LDL mg/dl		
normal 正常 / abnormal <input checked="" type="checkbox"/> 異常		Creatinine mg/dl		
Finding 所見:		eGFR ml/min/1.73m ²		
異常時: 精査 要 / 不要		Uric acid 尿酸 mg/dl	FBS 空腹時血糖 mg/dl	
※Please attach the copy of 12-lead ECG in the case of abnormal result. 異常や所見がある場合は心電図(コピー)を必ず添付してください。		HbA1c %		
Diagnosis 診察医判定 (Comment コメント)		異常や所見がある場合は、検査の必要性の記入と心電図を添付ください。		
上記のとおり診断します。 (This is to certify that above mentioned person has been diagnosed.)		Name of Hospital (医療機関名)	病院の所在地、電話、医師名が記載されているか、必ずご確認ください。 ※転記の場合でも医療機関での転記が必要です。	
Date (Y/M/D) 2026 (Health certificate issued date/ 健康診断書作成日)		Address (所在地)		
		Doctor's Name (医師名)		
		Telephone (電話)		

修正する場合は、二重線を引いて、押印してください。

血液型も、自己申告ではなく、必ず医療機関で検査し記入ください。

月経日、月経直後を避けて検査してください。

検査データの単位に注意。特に白血球の単位違いが目立ちます。必ず単位を選択して記入ください。また、検査結果の単位と診断書の単位が異なる場合は、血液検査の結果データ(単位と基準値が併記されている)を本人に渡

0.1未満で、測定できない場合は「0.1未満」と記入ください

聴力聴取可能なデシベルの記入をお願いします。

異常の場合、精査の要否は必須です。

有の場合、所見は必須です。