

受診券発行依頼書の記入方法

〈人間ドック・がん検診〉

[FAX・郵送の場合]

健診機関との予約成立後、「受診券発行依頼書」の全ての項目を漏れなくご記入ください。

記入方法

1 健診機関コード・受診予約日時

ご予約された健診機関のコードおよび受診予約日時をご記入ください。

2 コース・オプション検査

健診機関へご予約されたコース・オプション検査にチェックしてください。

4 受診者カナ氏名・生年月日

実際にご受診される方の情報をご記入ください。

6 事前問診

現時点のご状況にチェックしてください。

FAX送信先 **0570-057021** FAXの到着確認は送付後2-3日かかります。このFAX番号がご利用いただけない場合は【03-6659-7900】までお送りください。

2024年度 受診券発行依頼書 88411

※注意事項 ※お申込みの際には案内の「個人情報のお取り扱いについて」に同意の上、お申込ください。 ※欄外に記入された返信内容に対する返信は出来かねます。 ※健診機関へ予約されている場合、受診ができません。 ※予約完了後に、以下欄外に記入の上、FAXまたは郵送で弊イールまでお送りください。

健診機関へお電話でのご予約はお済みですか?
 [1]お電話で予約した健診機関情報・健診内容をご記入ください

1 健診機関コード 2 健診機関コード4桁が正しく記入されていない場合、当日受診ができない場合がございます。

3 12月 15日 午前 10時 30分

3 コース オプション検査
 014. イーウェル 一般検診A1コース 031. 子宮頸部細胞診検査 042. C型肝炎検査
 032. マンモグラフィ 046. 骨密度検査
 033. 乳房エコー検査 047. 腸動脈エコー検査
 020. イーウェル 人間ドックAコース (白濁リベンジコース) 034. 胃がん検診検査 048. 肺立がん検査 (PSA)
 035. 腎臓がん検診検査 049. 胸部CT検査
 036. 胸部内臓検査検査 051. 脳検査
 039. 大腸内臓検査検査 040. 腹部エコー検査

2 受診者情報をご記入ください ※記載されていないオプション検査は受診できませんので、ご確認ください。

3 所属団体コード 7048 保険証番号
 所属団体名 協和キリン健康保険組合 保険証番号

4 カナ氏名 (姓) カタカナ (セイ) (名) ハナコ (メイ) 生年月日 (西暦) 年 月 日

5 住所 〒 市 区 町 丁目 番 号 郵便番号

6 日中連絡先 ※1 日中連絡先(株)イーウェル健康サポートセンターからお電話する場合がございますので、勤務先電話番号を記入いただく際はご注意ください。
 FAX番号 ※2 連絡可能時間帯 平日 9:00-12:00 平日 16:00-17:30 休日 12:00-15:00 いつでも可

7 健康状態についてご記入ください ※今回の健診は、特定健康診査を兼ねる場合がございますので、必ずお答えください。

8 症状を下げる薬を飲んでいませんか。 はい いいえ
 9 シンスタイン注射又は血糖を下げる薬を飲んでいませんか。 はい いいえ
 10 コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいませんか。 はい いいえ
 11 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 はい いいえ
 12 現在、禁煙中(喫煙している量とは、毎日1と2両方両方にすぎません) はい いいえ
 13 禁煙1年以上経過していますか。 はい いいえ
 14 禁煙2年以上経過していますか。 はい いいえ
 15 禁煙3年以上経過していますか。 はい いいえ
 16 禁煙4年以上経過していますか。 はい いいえ
 17 禁煙5年以上経過していますか。 はい いいえ
 18 生活習慣の改善について、これまで特定保健指導を受けられたことがありますか。 はい いいえ

郵送申込先 〒137-8691 日本郵便株式会社 新東京郵便局郵便私書箱203号 (株)イーウェル健康サポートセンター「健診予約申込」係
 新卒の到着確認は送付後10日程度となりますので予めご了承ください。

3 保険証記号・番号

お手持ちの健康保険証をご確認の上ご記入ください。

5 住所・日中連絡先・FAX番号

日中連絡が可能な電話番号をご記入ください。(株)イーウェルや健診機関からご連絡を差し上げる場合がございます。

《FAX番号の記入あり》

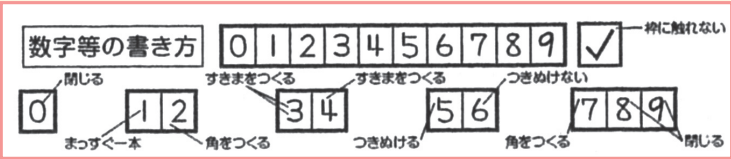
ご記入いただいたFAX番号へFAXで「受診券」を送付いたします。

《FAX番号の記入なし》

ご記入いただいたご住所へ「受診券」を郵送いたします。

！ ！ ！ ご記入時の 注意事項

本帳票は機械により処理するため、黒ボールペンで枠内に収まるように丁寧に記入ください。なお、記載ミスに伴う誤送付などにつきまして、(株)イーウェルは責任を負いかねます。



- ✓ 記入誤りの際は訂正する文字を二重線で消し、その下に修正内容をご記入ください。
- ✓ 欄外に記入された通信文に対する回答はできませんのでご注意ください。

！ 《注意》 よくある お申込 間違い

FAX・郵送での受診券発行依頼の際、以下のケースが多く発生しております。受診券発行依頼書にご記入の際、くれぐれもご注意ください。

- ✓ **健診機関へのご予約前に受診券発行依頼書を送付している**
必ず、健診機関へご自身でご予約された後に、受診券発行依頼書をご記入・ご送付ください。
- ✓ **健診機関のコードが異なっている**
「健診機関リスト」に記載されているコードをご確認いただき、ご記入ください。
- ✓ **受診予約日時が誤っている**
健診機関へのご予約時に確定した受診予約日時をご記入ください。
※ご予約時に受診日のみ確定している場合は、受診時間は空欄で構いません。

案内の「個人情報のお取り扱いについて」にご同意の上、FAXまたは郵送にてお申込ください。

2024年度 受診券発行依頼書

88411

- 注意事項 ※お申込の際には案内の[個人情報のお取り扱いについて]に同意の上、お申込ください。
※欄外に記入された通信文に対する回答は出来かねます。
※健診機関へ予約されていない場合、受診ができません。
予約完了後に、以下項目に漏れなく記入の上、FAXまたは郵送で(株)イーウェルまでお送りください。

 健診機関へお電話でのご予約はお済みですか?記入日 月 日

【1】お電話で予約した健診機関情報・健診内容をご記入ください

健診機関コード	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	※健診機関コード4桁が正しく記入されていない場合、当日受診ができない場合がございます。										
受診予約日時	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="text"/>	時	<input type="text"/>	分~					
内容 ご予約のコース・ オプションに✓を 入れてください	コース				オプション検査										
	<input type="checkbox"/> 014. イーウェル 一般健診A1コース	<input type="checkbox"/> 020. イーウェル 人間ドックAコース (日帰りペース)	<input type="checkbox"/> 031. 子宮頸部細胞診検査	<input type="checkbox"/> 032. マンモグラフィ	<input type="checkbox"/> 033. 乳房エコー検査	<input type="checkbox"/> 034. 胃部X線検査 <small>※034,035はどちらか一方のみ選択可能です</small>	<input type="checkbox"/> 035. 胃部内視鏡検査 <small>※034,035はどちらか一方のみ選択可能です</small>	<input type="checkbox"/> 036. 胃部内視鏡検査への変更	<input type="checkbox"/> 039. 大腸内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 040. 腹部エコー検査	<input type="checkbox"/> 042. C型肝炎検査	<input type="checkbox"/> 046. 骨密度検査	<input type="checkbox"/> 047. 頸動脈エコー検査	<input type="checkbox"/> 048. 前立腺がん検査(PSA)	<input type="checkbox"/> 049. 胸部CT検査

※記載されていないオプション検査は受診できませんので、ご確認ください。

【2】受診者様情報をご記入ください

所属団体コード	7048	保険証記号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
所属団体名	協和キリン健康保険組合	保険証番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
カナ氏名	(例) カタカナ	ハナコ	生年月日 (西暦)	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日
	(セイ)	(メイ)							

住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	都道府県	<input type="text"/>									
日中連絡先 ※1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	連絡可能 時間帯	<input type="checkbox"/> 午前 9:30~12:00	<input type="checkbox"/> 夕方 15:00~17:30
FAX番号 ※2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 午後 12:00~15:00	<input type="checkbox"/> いつでも可	

※1 日中連絡先に(株)イーウェル健康サポートセンターからお電話する場合がございますので、勤務先電話番号を記入いただく際はご注意ください。

※2 FAX番号を記入した場合、「受診券」はFAXにて送付し郵送はいたしません。

【3】服薬・喫煙についてご記入ください ※今回の健診は、特定健康診査を兼ねる場合がございますので、必ずお答えください。

① 血圧を下げる薬を飲んでいませんか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
② インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでいませんか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
③ コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいませんか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
④ 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 <small>※「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</small>	<input type="checkbox"/> ①はい (条件1と条件2 を両方満たす)	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> いいえ (①②以外)
⑤ 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	

郵送申込先

〒137-8691 日本郵便株式会社 新東京郵便局郵便私書箱203号
(株)イーウェル健康サポートセンター「健診予約申込」係

郵送の到着確認は投函後10日程度要しますので予めご了承ください。