

〈施設健診 法定健診Cコース専用〉 2026年度 受診券発行依頼書

88611

- 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"/>	※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~
健診内容 ご予約のコース・ オプションに☑を 入れてください	健診コース	オプション検査	
	<input checked="" type="checkbox"/> 312. イーウェル法定健診Cコース ※40歳以上のみ	<input type="checkbox"/> 044. 便潜血検査 <input type="checkbox"/> 031. 子宮頸部細胞診検査 <small>※女性のみ</small> <input type="checkbox"/> 032. マンモグラフィ <small>※女性のみ</small> <input type="checkbox"/> 033. 乳房エコー検査 <small>※女性のみ</small> <input type="checkbox"/> 341. [HC2法]子宮頸部細胞診検査+HPV <small>※女性のみ</small>	

[2]受診者様情報をご記入ください

所属団体コード	7467	被保険者等記号	<input type="text"/>
所属団体名	川崎重工業健康保険組合	被保険者等番号	<input type="text"/>
カナ氏名	(例) カタカナ (セイ) <input type="text"/>	ハナコ (メイ) <input type="text"/>	生年月日 (西暦) <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> 都道府県		
日中連絡先 ※1	<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="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。