

⚠ ご注意ください FAX・郵送の場合、ご予約方法によりお使いいただく申込用紙が異なります。

直接お電話で予約する場合

「受診券発行依頼書」をご使用ください

FAX送信先 0570-057021 FAXの別途連絡はお預り下さい。受取のFAX番号をご記入のうえお送りください。
[03-6659-7900]までお送りください。

SAMPLE

（施設健診 直接予約用）
受診券発行依頼書 88411

■注意事項 ※お申込みの際は必ずこの「受診券発行依頼書」についてご用意の上、お申込みください。
※健診取次へ手渡さない場合は、受取できません。
※予約料金にてお預り頂いた金額を返却いたします。FAXまたは郵送でお預りください。

| | | | |
|--|--|------|------|
| □ 健診機関へお電話でのご予約はお済みですか? | | □ 入院 | □ 外院 |
| □ お電話で予約した健診機関へ健診内容を記入ください | | | |
| 健診機関コード <input type="text"/> ■ 健診機関名で記入されている場合は、受取の健診機関名で記入ください。 | | | |
| 受診予約日月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 午前 <input type="text"/> 午後 <input type="text"/> 晩 <input type="text"/> 分 | | | |
| 備考欄 ご希望のコース、オプション等 入れてください □ 013. イーウェル定期健診コース □ 014. イーウェル一般健診Aコース □ 020. イーウェル人間ドックコース (専門ペッケージ) ※上記、いざけだけのコースを希望してください。 | | | |
| □ 031. 子宮頸部細胞検査 <input type="checkbox"/> 034. 間隔大健診 (女性のみ) <input type="checkbox"/> □ 032. マンマンクリアフイ <input type="checkbox"/> 035. 健康相談 (女性のみ) <input type="checkbox"/> □ 033. 乳房エコ検査 <input type="checkbox"/> 036. 間隔大健診への変更 (女性のみ) <input type="checkbox"/> □ 044. 健康検査 (女性のみ) | | | |
| [2]受診者情報欄をご記入ください 所用票体コード 7193 保険証記号 <input type="text"/> 所用票体名 三浦グループ健康保険組合 保険証番号 <input type="text"/> カナ氏名 (例) カタカタ ハナコ 生年月日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 住 所 <input type="text"/> - <input type="text"/> 番地 日中連絡先 #1 (例) カタカタ ハナコ 時間可能 <input type="checkbox"/> 10:00-12:00 <input type="checkbox"/> 13:00-17:30 時刻帯 <input type="checkbox"/> 13:00-15:00 <input type="checkbox"/> 17:00-21:00 FAX番号 #2 - - ※1 日中連絡時にイーウェル健診サポートセンターからお電話をする場合ございます。お預り電話番号を記入して顶く場合はご記入ください。 ※2 FAX番号を記入した場合は、受取のFAXにて直接連絡願います。 | | | |
| [3]履歴・既往歴についてご記入ください ※1既往歴を記入する場合は、 □ 既往歴下記の項目を記入して下さい。 □ インフルエンザ又は感冒の既往を有する場合を記入して下さい。 □ コンタクトやマスク着用を有する既往を有する場合を記入して下さい。 □ 運転免許証記載の運転免許登録地を記入して下さい。 ※2 既往歴を記入する場合は、 □ 既往歴下記の項目を記入して下さい。 □ 既往歴下記の項目を記入して下さい。 ※3 生活習慣病の既往について、これまでに特徴健診を受けてこたことがありますか。 □ はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> | | | |
| 郵送申込用 (株)イーウェル健康サポートセンター「健診予約申込」係 郵送の到着確認は受取後10日以内必要となりますのでご了承ください。 | | | |

予約の取次を依頼する場合

「健診予約申込書」をご使用ください

FAX送信先 0570-057021 FAXの別途連絡はお預り下さい。受取のFAX番号をご記入のうえお送りください。
[03-6659-7900]までお送りください。

SAMPLE 88421

（施設健診 取次予約用）
健診予約申込書

■注意事項 ※お申込みの際は区内の個人情報をお問い合わせについてご用意の上、お申込みください。
※健診取次へ手渡さない場合は、受取できません。

| | | | |
|--|--|---|--|
| □ ご希望のコースを記入ください | | □ 健診機関コードを記入されていない場合、当日受付ができない場合がございます。 | |
| 健診機関コード | | | |
| 健診機関名 | | | |
| 受診希望日 ※受取の健診機関にて記入ください。 | | | |
| 時間帯 □ 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 午夜 <input type="checkbox"/> 定めなし <input type="checkbox"/> | | | |
| 備考欄 □ 013. イーウェル定期健診コース □ 014. イーウェル一般健診Aコース □ 020. イーウェル人間ドックコース (専門ペッケージ) ※上記、いざけだけのコースを希望してください。 | | | |
| □ 031. 子宮頸部細胞検査 <input type="checkbox"/> 034. 間隔大健診 (女性のみ) <input type="checkbox"/> □ 032. マンマンクリアフイ <input type="checkbox"/> 035. 健康相談 (女性のみ) <input type="checkbox"/> □ 033. 乳房エコ検査 <input type="checkbox"/> 036. 間隔大健診への変更 (女性のみ) <input type="checkbox"/> □ 044. 健康検査 (女性のみ) | | | |
| [2]受診者情報欄をご記入ください 所用票体コード 7193 保険証記号 <input type="text"/> 所用票体名 三浦グループ健康保険組合 保険証番号 <input type="text"/> カナ氏名 (例) カタカタ ハナコ 生年月日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 住 所 <input type="text"/> - <input type="text"/> 番地 日中連絡先 #1 (例) カタカタ ハナコ 時間可能 <input type="checkbox"/> 10:00-12:00 <input type="checkbox"/> 13:00-17:30 時刻帯 <input type="checkbox"/> 13:00-15:00 <input type="checkbox"/> 17:00-21:00 FAX番号 #2 - - ※1 日中連絡時にイーウェル健診サポートセンターからお電話をする場合ございます。お預り電話番号を記入して顶く場合はご記入ください。 ※2 FAX番号を記入した場合は、受取のFAXにて直接連絡願います。 | | | |
| [3]履歴・既往歴についてご記入ください ※1既往歴を記入する場合は、 □ 既往歴下記の項目を記入して下さい。 □ インフルエンザ又は感冒の既往を有する場合を記入して下さい。 □ コンタクトやマスク着用を有する既往を有する場合を記入して下さい。 □ 運転免許証記載の運転免許登録地を記入して下さい。 ※2 既往歴を記入する場合は、 □ 既往歴下記の項目を記入して下さい。 □ 既往歴下記の項目を記入して下さい。 ※3 生活習慣病の既往について、これまでに特徴健診を受けてこたことがありますか。 □ はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> | | | |

変更・キャンセルについて

変更・キャンセルは、次の手順で受診日の**1週間前まで**に行ってください。

STEP 1

健診機関に直接電話をし、「変更」または「キャンセル」を行う。
※健診機関の電話番号は受診券に記載されています。

STEP 2

イーウェルへ「変更」または「キャンセル」の内容を連絡する。

【パソコン・スマートフォン申込みの場合】
KENKOBOTBOXにログインし、「申込内容の確認・変更・キャンセル」より手続きを必ず行ってください。

なお、受診の予約取次を依頼した方で「受診券発行完了メール」が届く前に変更・キャンセルする場合は、必ず(株)イーウェルへ電話連絡をお願いします。

【FAX・郵送申込みの場合】

FAX・郵送では受付しておりませんので、必ず(株)イーウェルへ電話連絡をお願いします。

※受診当日の追加・変更・キャンセルは、全額自己負担となる場合があります。

※健診機関を変更する場合は、キャンセル連絡後、改めてお申込みが必要となります。

ご連絡先 (株)イーウェル 健康サポートセンター



: 0570-057091

«受付時間» 9:30~17:30 «休業日» 日曜・祝日・12/29~1/4

※上記番号をご利用いただけない場合は、「050-3850-5750」をご利用ください。

※個人情報保護の観点から、健康診断を受診されるご本人様以外からのお問合せは受付しておりません。