

受診券発行依頼書の記入方法

[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

FAX送信先 **0570-057021**

FAXの郵便番号は〒562-3311です。
 上記のFAX番号で送信できない場合は
[03-6659-7900]までお送りください。

〈施設健診 直接予約用〉

2025年度 受診券発行依頼書

88511

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 健診コース・オプション検査

健診機関へご予約された健診コース・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。

■注意事項 ※お申込の際は案内の「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た後、受診券ができません。
 ※発行済受診券は以下欄外に貼られる記入の上、FAXまたは郵送で郵送イーウェルまでお送りください。

1 健診機関へお電話でのご予約はお済みですか? はい いいえ

2 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	受診予約日時	健診コース	オプション検査
0103	2025年 10月 15日 午前	0103. イーウェル特定健診コース	0301. 子宮頸がん検診検査 ※女性のみのみ
0104		0104. イーウェル一般健診A1コース	0302. マンモグラフィ ※女性のみのみ
0200		0200. イーウェル人間ドックコース (白紙バーサーキット)	0303. 乳腺エコー検査 ※女性のみのみ
			0304. 腎臓X線検査 ※特定健診一般A1コースのみ
			0305. 腎臓内視鏡検査 ※特定健診一般A1コースのみ
			0306. 腎臓内視鏡検査への変更 ※人間ドックコースのみ
			0404. 便潜血検査 ※特定健診コースのみ

2] 受診者様情報をご記入ください

所属団体コード	7193	保険証記号	
所属団体名	三浦グループ健康保険組合	保険証番号	

4 カナ氏名 (セイ) カタカナ (メイ) ハナコ 生年月日 (西暦) 10月 15日

住所 〒100-0001 東京都千代田区千代田

日中連絡先 ※1 平日 9:30-12:00 15:00-17:30
 ※2 FAX番号 ※2 12:00-15:00

3] 病状・症状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すか。 はい 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すか。 はい いいえ

③ ストレスコントロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか。 はい いいえ

④ たばこを習慣的に吸っていますか。 はい いいえ

⑤ 糖尿病、高血圧、脂質異常症、腎臓病、心臓病、脳卒中、がん、慢性腎臓病、認知症、うつ病、精神疾患、アレルギー疾患、喘息、気管支炎、胃腸病、肝臓病、胆石症、胆嚢炎、膵臓病、糖尿病、高脂血症、肥満、喫煙歴、飲酒歴、家族歴、既往歴、手術歴、アレルギー歴、その他(100字以内) はい いいえ

⑥ 過去に腎臓病の診断について、これまでに特定健康診査を受けましたことがありますか。 はい いいえ

3 保険証記号・番号

実際にご受診される方の情報をご記入ください。

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。

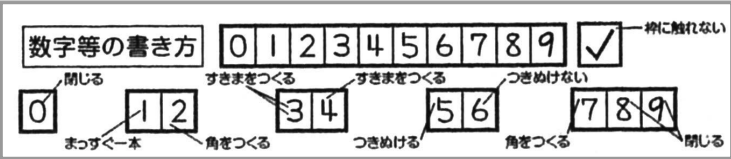
《FAX番号の記入あり》
 ご記入いただいたFAX番号へFAXで「受診券」を送付いたします。

《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。

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。

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。尚、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出来かねます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。

〈施設健診 直接予約用〉

2025年度 受診券発行依頼書

88511

- 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
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 <input type="checkbox"/> 013. イーウェル特定健診コース <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 (日帰りバージョン) ※上記、いずれか1つのコースを受診してください。	オプション検査 <input type="checkbox"/> 031. 子宮頸部細胞診検査 ※女性のみ <input type="checkbox"/> 032. マンモグラフィ ※女性のみ <input type="checkbox"/> 033. 乳房エコー検査 ※女性のみ <input type="checkbox"/> 034. 胃部X線検査 ※特定健診/一般A1コースのみ <input type="checkbox"/> 035. 胃内視鏡検査 ※特定健診/一般A1コースのみ <input type="checkbox"/> 036. 胃内視鏡検査への変更 ※人間ドックAコースのみ <input type="checkbox"/> 044. 便潜血検査 ※特定健診コースのみ	

[2]受診者様情報をご記入ください

所属団体コード	7193	保険証記号	<input type="text"/>
所属団体名	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) カタカナ (セイ)	ハナコ (メイ)	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。 ※「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	<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。