

〈単独検診用〉

2025年度 受診券発行依頼書

88514

- 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・検査内容をご記入ください

健診機関コード					※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		月		日	☐ 午前 ☐ 午後	時		分～
検査内容 ご予約された 検査項目に✓を 入れてください	単独検査							
	☐ 061. [単]子宮頸部細胞診検査 ※女性のみ							
	☐ 062. [単]マンモグラフィ ※女性のみ							
	☐ 063. [単]乳房エコー検査 ※女性のみ							

※両方選択の場合は、
乳房エコー検査が全額自己負担となります。

【2】受診者様情報をご記入ください

所属団体コード	7160	保険証記号								
所属団体名	プリマハム健康保険組合	保険証番号								
カナ氏名	(例) カタカナ (セイ)	ハナコ (メイ)	生年月日 (西暦)			年		月		日
住 所	〒 - 都 道 府 県									
日中連絡先 ※1										
FAX番号 ※2										

連絡可能時間帯 ☐ 午前 9:30～12:00 ☐ 夕方 15:00～17:30
☐ 午後 12:00～15:00 ☐ 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。

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。