

〈施設健診専用〉

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㈱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					※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	～
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								
	☐ 013. イーウェル特定健診コース					☐ 031. 子宮頸部細胞診検査 ※女性のみ				☐ 044. 便潜血検査 ※イーウェル特定健診 コースのみ選択可				
	☐ 014. イーウェル一般健診A1コース					☐ 032. マンモグラフィ ※女性のみ				☐ 046. 骨密度検査				
						☐ 033. 乳房エコー検査 ※女性のみ				☐ 048. 前立腺がん検査(PSA) ※男性のみ				
					☐ 034. 胃部X線検査				☐ 339. [ABC検査] ペプシノゲン+ピロリ菌検査					
					☐ 040. 腹部エコー検査									

※034.胃部X線検査と339.[ABC検査]ペプシノゲン+ピロリ菌検査はどちらか一方を選択してください。
※032.マンモグラフィと033.乳房エコー検査を同時に受診する場合は、乳房エコー検査の費用が自己負担になります。

[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	(ハナコ)				生年月日 (西暦)				年			月			日			
	(セイ)	(メイ)																	
住 所	〒 - 都 道 府 県																		
日中連絡先 ※1																	連絡可能 時間帯	☐ 午前 9:30～12:00	☐ 夕方 15:00～17:30
FAX番号 ※2																	☐ 午後 12:00～15:00	☐ いつでも可	

※1 日中連絡先に㈱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 コレステ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 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	☐ ①はい (条件1と条件2 を両方満たす)	☐ 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)	☐ 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。	☐ 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

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。

受診券発行依頼書

巡回健診予約申込書