

〈施設健診専用〉

2019年度 受診券発行依頼書

88911

健診機関へお電話でのご予約はお済みですか？

※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。

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のでご注意ください										
受診予約日時	月	日	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 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					
	<input type="checkbox"/> 014. イーウェル一般健診A1コース					<input type="checkbox"/> 031. 子宮頸部細胞診検査 ※女性のみ		<input type="checkbox"/> 034. 胃部X線検査 ※一般健診A1コースのみ			一方選択 可 ※
	<input type="checkbox"/> 020. イーウェル人間ドックAコース (日帰りベーシック)					<input type="checkbox"/> 032. マンモグラフィ ※女性のみ		<input type="checkbox"/> 035. 胃部内視鏡検査 ※一般健診A1コースのみ			
						<input type="checkbox"/> 033. 乳房エコー検査 ※女性のみ		<input type="checkbox"/> 036. 胃部内視鏡検査への変更 ※人間ドックAコースのみ			
					<input type="checkbox"/> 040. 腹部エコー検査						

[2]受診者様情報をご記入ください

所属団体コード	7071				保険証記号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
所属団体名	日本触媒健康保険組合				保険証番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
カナ氏名	(セイ)	(メイ)		生年月日 (西暦)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	
	(例)	ケンコウ	ハナコ	年齢・性別	<input type="text"/>	歳	<input type="checkbox"/>	男性	<input type="checkbox"/>	女性				
住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>										都道府県	<input type="text"/>		
日中連絡先	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 午後 12:00~15:00	<input type="checkbox"/> いつでも可	

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。
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。
FAXの到着確認は送信後2~3日、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。

[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。 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せんか。 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せんか。 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、「合計100本以上、又は6ヵ月以上吸っている者」であり、最近1ヵ月間も吸っている者) はい いいえ
- ⑤生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば利用しますか。 はい いいえ

■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。

郵送申込先

〒137-8692 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