

## 〈レディース健診専用〉 2019年度 受診券発行依頼書

88914

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・検査内容をご記入ください**

健診機関コード	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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のでご注意ください						
受診予約日時	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="text"/>	時	<input type="text"/>	分～	
検査内容 ご予約された 内容に☑を 入れてください	単独検査										
	<input type="checkbox"/> 061. [単] 子宮頸部細胞診検査										
	<input type="checkbox"/> 062. [単] マンモグラフィ										
	<input type="checkbox"/> 063. [単] 乳房エコー検査										

※診察料・文書料が別途かかる健診機関がございますので、必ずご予約時にご確認ください。

**【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)	<input type="text"/>			(メイ)	<input type="text"/>			生年月日 (西暦)	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<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"/>				都道府県										
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。

■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

受診券  
発行  
依頼書