【注意】 婦人科単独検診用の受診券発行依頼書は12ページからとなります。

2025年度 受診券発行依頼書

88511

- 留意事項 ※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"/>	<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。						
受診予約日時	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	☐ 午前	☐ 午後	<input type="text"/>	時	<input type="text"/>	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					
	☐ 014. イーウェル一般健診A1コース						☐ 031. 子宮頸部細胞診検査 ※女性のみ	☐ 036. 胃部内視鏡検査への変更 ※人間ドックA・B・Cのみ			
	☐ 020. イーウェル人間ドックAコース						☐ 032. マンモグラフィ ※女性のみ	☐ 332. 眼底検査			
	☐ 021. イーウェル人間ドックBコース						☐ 033. 乳房エコー検査 ※女性のみ				
	☐ 022. イーウェル人間ドックCコース						☐ 034. 胃部X線検査 ※一般健診A1のみ	※どちらか一方のみ			
						☐ 035. 胃部内視鏡検査 ※一般健診A1のみ					

【2】受診者様情報をご記入ください

所属団体コード	7262			保険証記号	<input type="text"/>						
所属団体名	四国電力健康保険組合			保険証番号	<input type="text"/>						
カナ氏名	(例) カタカナ	ハナコ			生年月日 (西暦)	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日
	(セイ)	(メイ)									

住所	〒 <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 ※1	<input type="text"/>	連絡可能時間帯	☐ 午前 9:30~12:00 ☐ 夕方 15:00~17:30
FAX番号 ※2	<input type="text"/>		☐ 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。

【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

〈人間ドック検査結果の取扱いについて(一般被保険者のみ)〉

人間ドックの検査結果をもって、会社の定期健康診断の代替とすることができます。 承諾する
検査結果(写し)を健保組合から会社へ提供することについて、承諾の有無を回答ください。 承諾しない
※回答がない場合は、補助申請を受け付けることができませんのでご注意ください。

郵送先

〒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。

健診概要・検査項目

申込から受診までの流れ

よくあるお問合せ・個人情報

受診券発行依頼書