

〈施設健診専用〉

2025年度 受診券発行依頼書

88511

※返信用封筒は廃止しましたので、封筒をご用意いただき下記まで送付ください。

- 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。
 - ※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 ※イーウェル一般健診A1コースのみ						
	☐ 013. イーウェル特定健診コース ※右記オプション検査は選択できません。					☐ 031. 子宮頸部細胞診検査 ※女性のみ						
					☐ 032. マンモグラフィ ※女性のみ					☐ 040. 腹部エコー検査		
					☐ 033. 乳房エコー検査 ※女性のみ					☐ 041. B型肝炎検査		
					☐ 034. 胃部X線検査					☐ 042. C型肝炎検査		
					☐ 035. 胃内視鏡検査					☐ 046. 骨密度検査		
										035、040、041、042、046 すべて全額自己負担		

[2]受診者様情報をご記入ください

所属団体コード	7058					保険証記号										
所属団体名	大日本印刷健康保険組合					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																
FAX番号 ※2																
連絡可能 時間帯																
☐ 午前 9:30～12:00 ☐ 午後 12:00～15:00 ☐ 夕方 15:00～17:30 ☐ 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