

[FAX・郵送の場合]

「巡回健診予約申込書」の全ての項目を漏れなくご記入ください。

記入方法

FAX送信先 0570-057021

左記のFAX番号がご利用いただけない場合は
【03-6659-7900】までお送りください。

〈巡回健診専用〉

2023年度 巡回健診予約申込書

88341

① 希望会場

ご希望の健診会場コード・健診実施日をご記入ください。

② 健診コース・オプション検査

ご希望の健診コース・オプション検査にチェックしてください。

④ 受診者力ナ氏名・
生年月日

実際にご受診される方の情報をご記入ください。

⑥ 事前問診

現時点のご状況にチェックしてください。

以下項目に漏れなく記入の上、FAXまたは郵送で単一メールアドレスまでお送りください。

記入日 年 月 日

① 希望の健診会場をご記入ください ※ 健診会場コードは会場リストを添付させていただきます。

会場コード 	健診実施日 年 月 日	
-------------------------------	---	--

※ 健診会場コード5桁が正しく記入されている場合、当日受診ができる場合があります。

② ご希望の健診内容をご記入ください

健診内容 ご希望のコース・オプションを選択し 入力してください	オプション検査 ※イコール一般健診A1コースのみ
○□13. イーウェル特産健康診断コース このオプション検査は選択できません。	○□32. ママミラティブ 女性専用
○□14. イーウェル一般健診A1コース	○□33. 乳がんエコー検査 女性専用
	○□40. 腹部エコー検査 040、046と併せて申し込みが必要
	○□46. 骨密度検査
	○□52. HPA検査(自己採集) 女性専用
	○□34. 腎臓エコー検査

③ 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

④ カス名氏

姓	カクカナ	メイ	ハナコ	生年月日	性別
(セイ)		(メイ)		年 月 日	☐ 男 ☐ 女

⑤ 住所

〒 -	郵便番号
--	------

日中通帳発行 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12	通帳可算 残高通知
FAX番号 /	☐ 本紙 10:00~12:00 ☐ 2次 13:00~17:00 ☐ 本紙 13:00~15:00 ☐ 2次 15:00~17:00

※ ① 2次宛先は東京イーウェル健康サポートセンターへお電話する場合がございます。勤務先電話番号を記入した際はご注意ください。
 ※ ② FAX番号を記入した場合、中心伝達時間短縮はFAXにて定例通り短縮いたします。

⑥ 届出・振替についてご記入ください ※ 今回の健診は、特定健康診査を受け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 インズ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 レステロールや中絶剤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。	はい ☐ いいえ ☐
⑤ 現在、定期的に医師にいらる者とは、合計100歳以上、2週間以上お互いにいらる方(家族1人未満を除く)ですか。	はい ☐ いいえ ☐
⑥ 生活習慣病の治療について保健指導を受けた経験があれば判りますか。	はい ☐ いいえ ☐

郵送申込先 〒137-8691 日本郵便株式会社 東京都郵便局郵便礼書箱203号
 (株)イーウェル健康サポートセンター 医療予約申込/係
 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日程後です予めご了承ください。

③ 保険証記号・番号

お手持ちの健康保険証をご
確認の上ご記入ください。

⑤ 住所・日中連絡先・FAX番号

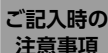
日中連絡が可能な電話番号をご記入ください。(株)イーウェルや健診機関からご連絡を差し上げる場合がございます。

《FAX番号の記入あり》

ご記入いただいたFAX番号へFAX
で「申込結果通知書」を送付いたし
ます。

《FAX番号の記入なし》

ご記入いただいたご住所へ「申込
結果通知書」を郵送いたします。



巡回健診予約申込書は、機械により処理するため、
黒ボールペンで枠内に収まるように丁寧にご記入ください。
尚、記載ミスに伴う誤送付などにつきまして、(株)イーウェルは責任を負いかねます。

数字等の書き方

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

閉じる
まっすぐ一本
角をつくる

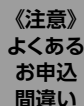
すきまをつくる
すきまをつくる
つきめける
角をつくる

つきめけない
閉じる

枠に触れない

 記入誤りの際は訂正する文字を二重線で消し、その下に修正内容をご記入ください。

 欄外に記入された通信文に対する回答は出来かねますのでご注意ください。



FAX・郵送での健診予約申込の際、以下のケースが多く発生しております。
巡回健診予約申込書にご記入の際、くれぐれもご注意ください。

健診会場の健診会場コードが異なっている

「健診会場リスト」に記載されている健診会場コードをよくご確認ください、ご記入ください。

申込締切日が過ぎている健診会場が記載されている

申込締切日が過ぎている健診会場に申込することは出来ません。

「健診会場リスト」に記載されている申込締切日(必着)をご確認いただいた上でご記入ください。

案内の「個人情報のお取り扱いについて」にご同意の上、FAXまたは郵送にてお申込ください。

〈巡回健診専用〉

2023年度 巡回健診予約申込書

88341

■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。

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。

記入日 月 日

[1]ご希望の健診会場をご記入ください ※健診会場コードは会場リストをご確認ください。

健診会場コード					健診実施日			月			日
---------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	-------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---

※健診会場コード5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。

[2]ご希望の健診内容をご記入ください

健診内容	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	
ご希望のコース・オプションに✓を入れてください	☐ 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。	☐ 032. マンモグラフィ ※女性のみ	☐ 040. 腹部エコー検査 ☐ 046. 骨密度検査 040、046どちらも全額自己負担
	☐ 014. イーウェル一般健診A1コース	☐ 033. 乳房エコー検査 ※女性のみ	
		☐ 052. HPV検査(自己採取) ※女性のみ	
		☐ 034. 胃部X線検査	

[3]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	-	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(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、「申込結果通知書」はFAXにて送付し郵送はいたしません。

[4]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、「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

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

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。

受診券発行依頼書

巡回健診予約申込書