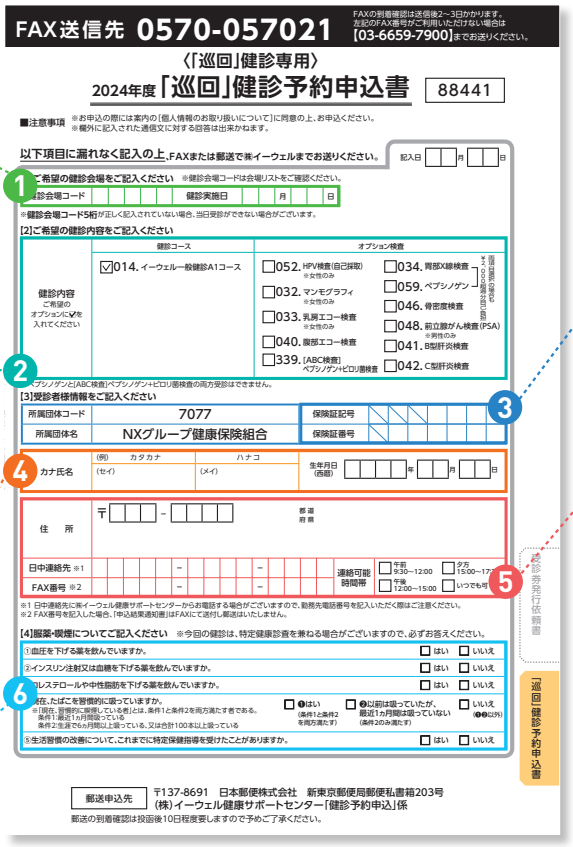
「巡回」健診予約申込書の記入方法
[FAX・郵送の場合]

「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



❶ 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。

❷ 健診コース・オプション検査

ご希望のオプション検査にチェックしてください。

❹ 受診者カナ氏名・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。

❻ 事前問診

現時点のご状況にチェックしてください。

❸ 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。

❺ 住所・日中連絡先・FAX番号

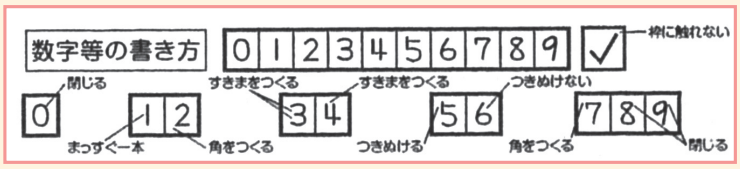
日中連絡が可能な電話番号をご記入ください。(株)イーウェルや健診機関からご連絡を差し上げる場合がございます。

《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。

ご記入時の注意事項

「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。



- 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。

《注意》よくあるお申込間違い

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いただき、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。

FAX送信先 0570-057021

FAXの到着確認は送信後2～3日かかります。
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〉

2024年度「巡回」健診予約申込書

88441

■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㈱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

	健診コース	オプション検査	
健診内容 ご希望のオプションに☑を入れてください	☑014. イーウェル一般健診A1コース	□052. HPV検査(自己採取) ※女性のみ □032. マンモグラフィ ※女性のみ □033. 乳房エコー検査 ※女性のみ □040. 腹部エコー検査 □339. [ABC検査] ペプシノゲン+ピロリ菌検査	□034. 胃部X線検査 □059. ペプシノゲン 両項目選択の場合も¥2,000超過分自己負担 □046. 骨密度検査 □048. 前立腺がん検査(PSA) ※男性のみ □041. B型肝炎検査 □042. C型肝炎検査

※ペプシノゲンと[ABC検査]ペプシノゲン+ピロリ菌検査の両方受診はできません。

【3】受診者様情報をご記入ください

所属団体コード	7077	保険証記号	
所属団体名	NXグループ健康保険組合	保険証番号	

カナ氏名	(例) カタカナ (セイ)	ハナコ (メイ)	生年月日(西暦) □□□□年□□月□□日

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㈱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、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1:最近1ヵ月間吸っている 条件2:生涯で6ヵ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	□❶はい (条件1と条件2を両方満たす)	□❷以前は吸っていたが、最近1ヵ月間は吸っていない (条件2のみ満たす)	□いいえ (❶❷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	

〈キリトリ線〉コピーしてご利用ください

受診券発行依頼書

「巡回」健診予約申込書

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。