巡回健診予約申込書の記入例

[FAX・郵送の場合]

1 希望会場

2 健診コース・

ださい。

ご希望の健診会場コード・健

診実施日をご記入ください。

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

4 受診者カナ氏名・

報をご記入ください。

生年月日·年齢·性別

実際にご受診される方の情

「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。

記入例

-ウェルー般健診A1コース〈巡回型〉専用 2019年度 **巡回健診予約申込書** [88941] 以下項目に漏れなく記入の上、FAXまたは郵送で業イーウェルまでお送りください。 配入日 月 日 ▼014. ィーウェル一般 □032.マンモグラフィー 賞賞 □048.前立腺がんも ・ ☆女性のみ □ 033. 乳房エコー検査・ □ 339. [ABC検診] — ペプシノゲン +ピロリ菌検査 □034. 問部X料 □046. 骨密度検査 2 3]受診者様情報をご記入ください 日野自動車健康保険組合 **4** hr E8 - - | - | 連絡可能 | 年30-1200 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | 1500 | [4]服業・機関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。 ③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 コを習慣的に吸っていますか。 限的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヵ月も収っている者) 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。 ■注意事項 ※個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末 (株) イーウェル健康サポートセンター「健診予約申込」係

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。





シ 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。

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。

イーウェルー般健診A1コース〈巡回型〉専用 2019年度 巡回健診予約申込書

88941

以下項目に漏れ	<u>nなく記入の上</u> 、	FAXまたは郵送で㈱	イーウェルを	までお送りくださ	い。	記入日		月	
【1】ご希望の健診会	会場をご記入ください	,1							
健診会場コード		健診実施日	月	В					
※健診会場コード5	行 が正しく記入されていな		い場合がござい	ますのでご注意くださ	しい				
【2】ご希望の健診内	内容をご記入ください	1							
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	シコース	オプション検査						
	☑014. ィーウェ	ル一般健診A1コース	□ 032. マンモグラフィー ^{¥両} 3,5 □ 048. 前立腺がん検査(PSA) 8 0 選 0 が ※男性のみ 0 が ※ 第性のみ 2 0 が 2 0 0 が 2 0 が 2 0 が 2 0 0 が 2 0 0 0 0						
			□033	*女性のみ				9. [ABC検診] ギャイの ペプシノゲン +ピロリ菌検査 +ピロリ菌検査 4. 胃部X線検査	
			□040						
			□046	. 骨密度検査 ※¥2,500自己負担で	व				g
【3】受診者様情報を	をご記入ください								
所属団体コード			保険証記号						
所属団体名	日野自動車健康保険組合			保険証番号					
カナ氏名	(セイ)	(メイ)		生年月日(西暦)		年	月 一		■
	(例) ケンコウ	ハナ	⊐	年齢•性別	歳	男	性	女性	
住 所	〒			都道府県					
日中連絡先			-	海绞可护)	 午前 9:30~12	2:00	夕方 15:00~1	7:30
日中連絡先 FAX番号		-	-	連絡可能		午前 9:30~12] 午後] 12:00~1		夕方 15:00〜1 いつでも ^ī	
FAX番号 日中連絡先に㈱イーウコ FAX番号を記入した場合	合、「受診券」はFAXにて送ん	ー		時間帯		午後 12:00~1	5:00		
FAX番号 日中連絡先に㈱イーウコ FAX番号を記入した場合 FAXの到着確認は送信	合、「受診券」はFAXにて送げ後2〜3日、郵送の到着確認 いてご記入ください	付し郵送はいたしません。	すので予めご了	時間帯	ただく際	午後 12:00~1 はご注意<	5:00	いつでも	J
FAX番号 日中連絡先に㈱イーウコ FAX番号を記入した場合 FAXの到着確認は送信 (4)服薬・喫煙につ ①血圧を下げる薬を飲	合、「受診券」はFAXにて送げ後2〜3日、郵送の到着確認 いてご記入ください	付し郵送はいたしません。 窓は投函後10日程度要しまで ※今回の健診は、特定	すので予めご了	時間帯	ただく際	午後 12:00~1 はご注意<	5:00 ばださい。 ずお答えく 」はい	いつでもで	可 。
FAX番号 日中連絡先に㈱イーウコ FAX番号を記入した場合 FAXの到着確認は送信 【4】服薬・喫煙につい ①血圧を下げる薬を食 ②インスリン注射又は	合、「受診券」はFAXにて送 後2~3日、郵送の到着確認 いてご記入ください 吹んでいますか。	付し郵送はいたしません。 窓は投函後10日程度要します ※今回の健診は、特定 でいますか。	すので予めご了	時間帯	ただく際	午後 12:00~1 はご注意< ひで、必ず [5:00 ばださい。 ずお答えく 」はい	いっでもi ださい。 □ いい	可った。
FAX番号 日中連絡先に㈱イーウコ FAX番号を記入した場合 FAXの到着確認は送信 【4】服薬・喫煙につい ①血圧を下げる薬を食 ②インスリン注射又は ③コレステロールや中 ④現在、タバコを習慣	合、「受診券」はFAXにて送信後2~3日、郵送の到着確認 いてご記入ください 飲んでいますか。 は血糖を下げる薬を飲んで 中性脂肪を下げる薬を飲んで ではないでいますか。	付し郵送はいたしません。 窓は投函後10日程度要します ※今回の健診は、特定 でいますか。	すので予めご了?	時間帯 発生電話番号を記入いた 承ください。 兼ねる場合がござし	ただく際	午後 12:00~1 はご注意< ひで、必ず [5:00 ばださい。 ずお答えく 」はい	いつでもi ださい。 □ いい	可にえれる

■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