

健診予約申込書の記入方法

[FAX・郵送の場合]

「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。
 (株)イーウェルにて健診機関と日程調整を行い「受診券」を発行いたします。

記入方法

1 健診機関コード

ご希望の健診機関コードをご記入ください。

2 簡易申込

ご希望の範囲内で日程調整を行います。

- ◆いつでも可 ▶ 日程を問わず受診が可能な場合
- ◆曜日指定 ▶ 曜日に指定がある場合
- ◆時間指定 ▶ 時間帯に指定がある場合

4 検査内容

ご希望の検査内容にチェックしてください。

6 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。

FAX送信先 **0570-057021** FAXの郵便物は宛先より3日かかります。なおFAX番号が不明な場合は「03-6659-7900」までお送りください。

(単独がん検診コース用)
2024年度 健診予約申込書 88428

■注意事項 ※お申込の際には宛先の(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。

1 希望の内容をご記入ください

2 健診機関コード4桁が正しく記入されていない場合、当日受診ができません。当日受診が可能な場合は、1ヵ月以上先の日程を記入してください。

3 日時指定 ※1ヵ月以上先の日程を記入してください。

4 検査内容

5 保険証記号・番号

6 カナ氏名

7 住所・日中連絡先・FAX番号

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。

3 日時指定 ※出来るだけ多くご記入ください。

ご希望の日時で日程調整を行います。「日時指定」と「簡易申込」両方ご記入いただいた場合は、「日時指定」に記載のある日程を優先させていただきます。

5 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。

7 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》

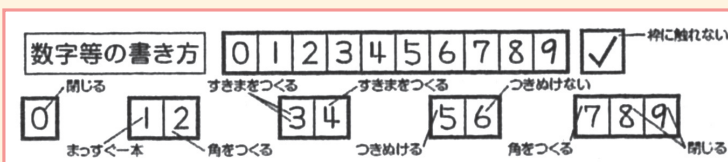
ご記入いただいたFAX番号へFAXで「受診券」を送付いたします。

《FAX番号の記入なし》

ご記入いただいたご住所へ「受診券」を郵送いたします。

! ご記入時の注意事項

本帳票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みの際、以下のケースが多く発生しております。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。

✓ **希望健診機関のコードが異なっている**
 「健診機関リスト」に記載されているコードをご確認いただき、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。

〈単独がん検診コース用〉
2024年度 健診予約申込書

88428

- 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。

記入日 月 日

▼ご希望の内容をご記入ください

健診機関コード	<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。					
受診希望日 該当する箇所にご記入ください	簡易申込	日時指定 ※1ヵ月以上先の日程を記入してください					
	<input type="checkbox"/> いつでも可	第1希望	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 指定なし
	曜日指定 月 火 水 木 金 土 日	第2希望	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 指定なし
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	第3希望	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 指定なし
	時間指定 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 指定なし	第4希望	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 指定なし
		第5希望	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 指定なし
検査内容 ご希望の 検査項目に✓を 入れてください	単独検査						
	<input type="checkbox"/> 061. [単]子宮頸部細胞診検査	※女性のみ			<input type="checkbox"/> 064. [単]胃部X線検査	30歳以上	
	<input type="checkbox"/> 062. [単]マンモグラフィ				<input type="checkbox"/> 073. [単]胃部内視鏡検査		
	<input type="checkbox"/> 063. [単]乳房エコー検査						

健保補助上限(25,000円)超過額につきましては、自己負担となります。

▼受診者様情報をご記入ください

所属団体コード	7137	保険証記号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
所属団体名	日野自動車健康保険組合	保険証番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>	都道府県	<input type="text"/>
日中連絡先 ※1	<input type="text"/>	連絡可能時間帯	<input type="checkbox"/> 午前 9:30~12:00 <input type="checkbox"/> 夕方 15:00~17:30
FAX番号 ※2	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 午後 12:00~15:00 <input type="checkbox"/> 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。

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。