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。
㈱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

❶ 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。

❷ 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

❹ 健診コース・オプション検査

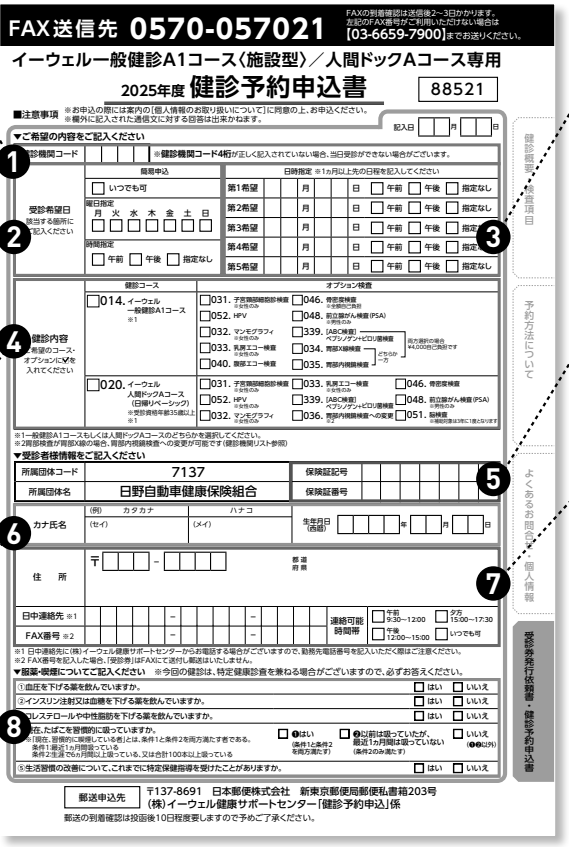
ご希望の健診コース・オプション検査にチェックしてください。

❻ 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。

❽ 事前問診

現時点のご状況にチェックしてください。


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。
イーウェル一般健診A1コース〈施設型〉／人間ドックAコース専用
2025年度 健診予約申込書 88521
■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
❶ 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。
❷ 受診希望日 ※該当する箇所に記入ください
簡易申込 いつでも可
曜日指定 月 火 水 木 金 土 日
時間指定 午前 午後 指定なし
日時指定 ※1ヵ月以上先の日程を記入してください
第1希望 月 日 午前 午後 指定なし
第2希望 月 日 午前 午後 指定なし
第3希望 月 日 午前 午後 指定なし
第4希望 月 日 午前 午後 指定なし
第5希望 月 日 午前 午後 指定なし
❸
❹ 健診内容 ご希望のコース・オプションに☑を入れてください
健診コース
014. イーウェル一般健診A1コース ※1
020. イーウェル人間ドックAコース（日帰りベーシック） ※受診資格年齢35歳以上 ※1
オプション検査
031. 子宮頸部細胞診検査 ※女性のみ
052. HPV ※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
046. 骨密度検査 ※骨粗しょう症
048. 前立腺がん検査（PSA） ※男性のみ
339. [ABC検査] ペプシノゲン+ピロリ菌検査
034. 胃部X線検査
035. 胃部内視鏡検査
どちらか一方 両方選択の場合 ¥4,200自己負担です
033. 乳房エコー検査 ※女性のみ
052. HPV ※女性のみ
032. マンモグラフィ ※女性のみ
339. [ABC検査] ペプシノゲン+ピロリ菌検査
036. 胃部内視鏡検査への変更 ※2
046. 骨密度検査
048. 前立腺がん検査（PSA） ※男性のみ
051. 脳検査 ※補助対象は対象者に限ります
※1 一般健診A1コースもしくは人間ドックAコースのどちらかを選択してください。
※2 胃部検査が胃部X線の場合、胃部内視鏡検査への変更が可能です（健診機関リスト参照）
▼受診者様情報をご記入ください
所属団体コード 7137
所属団体名 日野自動車健康保険組合
❺ 保険証記号 保険証番号
❻ カナ氏名 (例) カタカナ ハナコ (セイ) (メイ)
生年月日（西暦） 年 月 日
住所 〒 - 都道府県
❼ 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（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。
▼服薬・既往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
❽ ④現在、たばこを習慣的に吸っていますか。
「習慣」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 喫煙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
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
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ご了承ください。
健診概要・注意項目
予約方法について
よくあるお問合せ・個人情報
受診券発行依頼書・健診予約申込書

❸ 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。

❺ 保険証記号・番号

実際にご受診される方の情報をご記入ください。

❼ 住所・日中連絡先・FAX番号

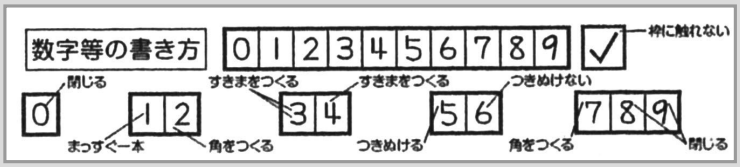
日中連絡が可能な電話番号をご記入ください。
(株)イーウェルや健診機関からご連絡を差し上げる場合がございます。

《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。

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。

イーウェル一般健診A1コース〈施設型〉／人間ドックAコース専用

2025年度 健診予約申込書

88521

■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	□□□□	※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							
	□ いつでも可	第1希望	□□	月	□□	日	□ 午前	□ 午後	□ 指定なし
	曜日指定 月 火 水 木 金 土 日 □ □ □ □ □ □ □	第2希望	□□	月	□□	日	□ 午前	□ 午後	□ 指定なし
		第3希望	□□	月	□□	日	□ 午前	□ 午後	□ 指定なし
	時間指定 □ 午前 □ 午後 □ 指定なし	第4希望	□□	月	□□	日	□ 午前	□ 午後	□ 指定なし
		第5希望	□□	月	□□	日	□ 午前	□ 午後	□ 指定なし

健診内容 ご希望のコース・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		
	□014. イーウェル一般健診A1コース ※1	□031. 子宮頸部細胞診検査 ※女性のみ □052. HPV □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	□046. 骨密度検査 ※全額自己負担 □048. 前立腺がん検査(PSA) ※男性のみ □339. [ABC検査] ペプシノゲン+ピロリ菌検査 □034. 胃部X線検査 □035. 胃部内視鏡検査 どちらか一方 両方選択の場合 ¥4,000自己負担です	
	□020. イーウェル人間ドックAコース(日帰りベーシック) ※受診資格年齢35歳以上 ※1	□031. 子宮頸部細胞診検査 ※女性のみ □052. HPV ※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 □339. [ABC検査] ペプシノゲン+ピロリ菌検査 □036. 胃部内視鏡検査への変更 ※2	□046. 骨密度検査 □048. 前立腺がん検査(PSA) ※男性のみ □051. 脳検査 ※補助対象は3年に1度となります

※1一般健診A1コースもしくは人間ドックAコースのどちらかを選択してください。
※2胃部検査が胃部X線の場合、胃部内視鏡検査への変更が可能です(健診機関リスト参照)

▼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	
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	(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、「受診券」はFAXにて送付し郵送はいたしません。

▼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

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。

〈キリトリ線〉コピーしてご利用ください