

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

FAX送信先 0570-057021 FAXの到着確認は送付後2〜3日かかります。
 上記FAX番号または電話にてお問い合わせください。 [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(巡回型)専用
2025年度 巡回健診予約申込書 88541

■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。

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。

3 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。

4 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。

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。

6 事前問診
 現時点のご状況にチェックしてください。

送付先 〒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
 郵送の到着確認は送付後10日程度要しますので予めご了承ください。



**ご記入時の
注意事項**

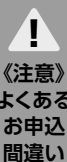
巡回健診予約申込書は、機械により処理するため、
 黒ボールペンで枠内に収まるように丁寧に記入ください。
 尚、記載ミスに伴う誤送付などにつきまして、(株)イーウェルは責任を負いかねます。

数字等の書き方

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	✓
閉じる	すきまをつくる	すきまをつくる	すきまをつくる	すきまをつくる	すきまをつくる	すきまをつくる	すきまをつくる	すきまをつくる	すきまをつくる	閉じる

※1桁に2桁以上は入れない
 ※2桁に3桁以上は入れない
 ※3桁に4桁以上は入れない
 ※4桁に5桁以上は入れない
 ※5桁に6桁以上は入れない
 ※6桁に7桁以上は入れない
 ※7桁に8桁以上は入れない
 ※8桁に9桁以上は入れない
 ※9桁に10桁以上は入れない

- ✓ 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。



**《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ください。
- ✓ **申込締切日が過ぎていた健診会場が記載されている**
 申込締切日が過ぎていた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。

イーウェル一般健診A1コース〈巡回型〉専用

2025年度 巡回健診予約申込書

88541

■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 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	☐ 052. HPV ※女性のみ	☐ 046. 骨密度検査 ※全額自己負担です
	☐ 032. マンモグラフィ ※女性のみ	☐ 048. 前立腺がん検査(PSA) ※男性のみ	
	☐ 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 ※両方選択の場合 ¥40000自己負担です	
	☐ 040. 腹部エコー検査	☐ 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	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、「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	☐ ①はい (条件1と条件2 を両方満たす)	☐ ②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 (①②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。

健診概要

申込から受診までの流れ

よくあるお問合せ・個人情報

巡回健診予約申込書