

# 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の到着確認は送信後2〜3日かかります。加印済みの郵便物をご利用の場合は【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 年 月 日

1 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 年 月 日  
※健診会場コード5桁が記入されていない場合、当日受付ができません場合があります。

2 希望の健診コース・オプション内容を記入ください。

健診コース	オプション検査
<input type="checkbox"/> 014. イーウェル一般健診A1コース ※35歳以上74歳以下	<input type="checkbox"/> 032. マンモグラフィ ※女性のみに
<input type="checkbox"/> 015. イーウェル一般健診A2コース ※30歳以上34歳以下	<input type="checkbox"/> 033. 乳がん検査 ※女性のみに
	<input type="checkbox"/> 040. 腹部エコー検査 ※女性のみに
	<input type="checkbox"/> 046. 骨密度検査
	<input type="checkbox"/> 052. HPI検査(自己採測) ※女性のみに
	<input type="checkbox"/> 048. 前立腺がん検査(PSA) ※男性のみに
	<input type="checkbox"/> 034. 胸部X線検査
	<input type="checkbox"/> 339. (AD)検査 ペプシンゲン/ペロリ検査
	<input type="checkbox"/> 041. B型肝炎検査
	<input type="checkbox"/> 042. C型肝炎検査

3 保険証番号・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。

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。

6 事前問診  
現時点のご状況にチェックしてください。

13 受診者様情報をご記入ください

所属団体コード 7308 保険証記号

所属団体名 キュービー・アヲハタ健康保険組合 保険証番号

4 カナ氏名 (姓) カタカナ (名) ハラコ 生年月日(西暦) 年 月 日

住所 千  -  番  号

日中連絡先 ※1  -  -  連絡可能 時間帯  午前12:00 - 午後15:00  午後15:00 - 午後19:00

FAX番号 ※2  -  -  別添付  あり  なし

※1 日中連絡先は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場合はご注意ください。  
※2 FAX番号を記入しない場合、印字不良の原因は弊社にて取り扱いません。

14 健康・状態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 ストレスレベルや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか。  はい  いいえ

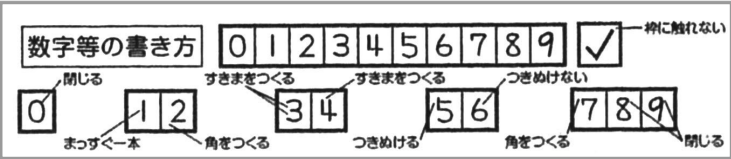
4 現在、または過去に腎臓病に罹っていますか。  はい  いいえ (※1) (※2) (※3) (※4) (※5) (※6) (※7) (※8) (※9) (※10) (※11) (※12) (※13) (※14) (※15) (※16) (※17) (※18) (※19) (※20) (※21) (※22) (※23) (※24) (※25) (※26) (※27) (※28) (※29) (※30) (※31) (※32) (※33) (※34) (※35) (※36) (※37) (※38) (※39) (※40) (※41) (※42) (※43) (※44) (※45) (※46) (※47) (※48) (※49) (※50) (※51) (※52) (※53) (※54) (※55) (※56) (※57) (※58) (※59) (※60) (※61) (※62) (※63) (※64) (※65) (※66) (※67) (※68) (※69) (※70) (※71) (※72) (※73) (※74) (※75) (※76) (※77) (※78) (※79) (※80) (※81) (※82) (※83) (※84) (※85) (※86) (※87) (※88) (※89) (※90) (※91) (※92) (※93) (※94) (※95) (※96) (※97) (※98) (※99) (※100)

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 東京都郵便部郵便私書箱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。

### 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。



- 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。

## 〈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(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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	健診実施日	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	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	
	<input type="checkbox"/> 014. イーウェル一般健診A1コース ※35歳以上74歳以下	<input type="checkbox"/> 032. マンモグラフィ ※女性のみ	<input type="checkbox"/> 040. 腹部エコー検査
<input type="checkbox"/> 015. イーウェル一般健診A2コース ※30歳以上34歳以下	<input type="checkbox"/> 033. 乳房エコー検査 ※女性のみ	<input type="checkbox"/> 046. 骨密度検査	
	<input type="checkbox"/> 052. HPV検査(自己採取) ※女性のみ	<input type="checkbox"/> 048. 前立腺がん検査(PSA) ※男性のみ	
	<input type="checkbox"/> 034. 胃部X線検査	<input type="checkbox"/> 339. [ABC検査] ペプシノゲン+ピロリ菌検査	
	<input type="checkbox"/> 041. B型肝炎検査	<input type="checkbox"/> 042. C型肝炎検査	

【3】受診者様情報をご記入ください

所属団体コード	7308	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	キューピー・アヲハタ健康保険組合	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"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	都 道 府 県
----	---	------------------

日中連絡先 ※1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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、「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せんか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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せんか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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せんか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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か月間吸っている 条件2:生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	<input type="checkbox"/> ①はい (条件1と条件2 を両方満たす)	<input type="checkbox"/> ②以前は吸っていたが、 最近1か月間は吸っていない (条件2のみ満たす)	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。

受診券発行依頼書

巡回健診予約申込書