

[FAX・郵送の場合]

健診機関との予約成立後、「受診券発行依頼書」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 0570-052021

FAXの到着時間は送信後2～3分程度かかります。
 追加のFAX番号をご利用しただけの場合は
[03-6659-7900]までお送りください。

〈施設健診専用〉

2025年度 受診券発行依頼書

88511

■注意事項

- ※お申込の際には市内の「個人番号の取扱い」についてご同意の上、お申込ください。
- ※欄に入力されない通知文に対する回答は必要ありません。
- ※健診開始へ予約されている場合、受診ができません。
- ※予約完了後、以下欄に連絡し記入の上、FAXまたは郵送で郵へうフォームをお送りください。

☐ 健診機関へお電話でのご予約はお済みですか？

1) お電話で予約した健診機関情報・健診内容をご記入ください

記入日 年 月 日

2) 健診機関・コース4種が記入されていない場合は、当日受診ができません場合があります。

予約日時	月	日	年	午前	午後	時	分
健診内容 ご希望のコース を記入してください	0103. イーウェル 特定受診 コース 0301. 子宮頸がん細胞診検査 ※5歳以上の女性のみ 0302. マンモグラフィ ※50歳以上の女性のみ 0303. 乳房X線検査 ※50歳以上の女性のみ 0301. 子宮頸がん細胞診検査 ※5歳以上の女性のみ 0302. マンモグラフィ ※50歳以上の女性のみ 0303. 乳房X線検査 ※50歳以上の女性のみ 0304. 胃がん検診検査 ※45歳以上の女性のみ 0305. 胃内視鏡検査 ※45歳以上の女性のみ 0306. 胃内視鏡検査の一便費 ※5歳以上の女性のみ 0307. 胸部X線検査 ※45歳以上の女性のみ 0308. 前立腺がん検診 (PSA) ※55歳以上の男性のみ 0309. 前立腺がん検診 (PSA) ※55歳以上の男性のみ 0310. 胸部CT検査 ※55歳以上の男性のみ						

※01 子宮頸がん検診コース、※02 0301 マンモグラフィコース、※03 0302 マンモグラフィコース、※04 0303 乳房X線検査コースの4つのコースを選択してください。
 ※01 マンモグラフィコース、03 乳房X線検査コース、04 乳房X線検査コースの3つのコースを選択する場合は、0304 胃がん検診検査が必須になります。
 ※0304 胃がん検診検査を0305 胃内視鏡検査と併用して受診する場合は、0305 胃内視鏡検査が必須になります。

2) 受診者情報欄をご記入ください

所属団体コード	7453	保険証番号	
所属団体名	電通健康保険組合	保険証番号	

カナ氏名	(姓) カカタ	カタコ	ハナコ	生年月日 (西暦)	年 月 日
住所	〒 - -				
日中連絡先	01	-	-	連絡可能 時間帯	☐ 午前 12:00 - 午後 17:30 ☐ 午後 17:30 - 18:00 ☐ その他

- ※1 日中連絡先に宛ててうフォームを送るサービスをご希望する場合は必ずご記入ください。
- ※2 日中連絡先が記入されていない場合は、受付時間中に受付に連絡してください。

3) 施設・医療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。

1) 血圧を下げる薬を飲んでいますか。	はい	いいえ
2) ダイエット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) 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) ほか、ご都合の良い薬を飲んでいますか。	はい	いいえ

※1 降圧薬を服用している場合は、※1※2と※3を2方までとする。
 ※2 降圧薬を服用している場合は、※1※2と※3を2方までとする。
 ※3 生活習慣の改善について、これまでに、特定健康診査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箱203号

「施設・イール・健康サポートセンター」【健診予約申込】係

郵送の到着確認は到着後10日後程度となりますので予めご了承ください。

郵便局へ送付する場合は、郵便局へ送付してください。

申込が完了した場合は、郵便局へ送付してください。

よくよくお読みください。郵便局へ送付してください。

受診券発行依頼書

① 健診機関コード・
受診予約日時

ご予約された健診機関の
コードおよび受診予約日時
をご記入ください。

② 健診コース・オプション検査

健診機関へご予約された健診コース・オプション検査にチェックしてください。

④ 受診者力ナ氏名・
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。

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。

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「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。

数字等の書き方

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

閉じる
まっすぐ一本
角をつくる
すきまをつくる
すきまをつくる
つきめける
角をつくる
閉じる
つぎめけない
枠に触れない

 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・郵送での受診券発行依頼の際、以下のケースが多く発生しております。
受診券発行依頼書にご記入の際、くれぐれもご注意ください。

- ✓ **健診機関へのご予約前に受診券発行依頼書を送付している**
必ず、健診機関へご自身でご予約された後に、受診券発行依頼書をご記入・ご送付ください。
- ✓ **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。
- ✓ **受診予約日時が誤っている**
健診機関へのご予約時に確定した受診予約日時をご記入ください。

※ご予約時に受診日のみ確定している場合は、受診時間は空欄で構いません。

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。