

**巡回健診予約申込書の記入例 (FAX・郵送の場合)**  
【FAX:0570-057021】

『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。

## 巡回健診予約申込書の記入例

## ③巡回健診専用)

# 2016年度 巡回健診予約申込書

FAX:0570-057021

# 記入例

全上の項目に黒字で記入の上
(※)イーウェルまでFAXまたは郵送してください。  
上記の記入番号がご利用できない場合は「03-6750-8862」までお問い合わせください。  
※郵送の場合は住所等にご記入ください。

1 ご希望の健診会場をご記入ください

記入を 00 XX 日

| 希望会場   | 希望日時   | 健診時間   |
|--------|--------|--------|
| 000000 | ○×センター | △△月△△日 |

2 ご希望の健診内容をご記入ください

| 健診内容                                                                                                                                                                                                                           | オプション検査                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 013.イーウェル特定健診コース<br><span style="font-size: x-small;">※内容あり</span><br><input type="checkbox"/> 014.イーウェル一般健診A1コース<br><span style="font-size: x-small;">※オプション検査の034.乳癌X線検査を併発してください</span> | <input checked="" type="checkbox"/> 031.子宮頸癌細胞診検査<br><span style="font-size: x-small;">※内容あり</span><br><input checked="" type="checkbox"/> 032.マンモタフィー<br><span style="font-size: x-small;">※マンモグラフィと乳腺超音波検査は別料金です</span><br><input checked="" type="checkbox"/> 033.乳癌エコー検査<br><span style="font-size: x-small;">※内容あり</span><br><input type="checkbox"/> 034.胃がんX線検査<br><span style="font-size: x-small;">※オプション検査のA1コースと併発してください</span> |

3 受診者情報をご記入ください

|         |                         |       |                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------|-------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 所属団体コード | 7143                    | 保険証記号 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 所属団体名称  | メイトーク健康保険組合             | 保険証番号 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| フリガナ    | アイウェル                   | 生年月日  | 119000                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 受診者氏名   | (姓) 花子                  | 性別    | 女性                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 住所      | 〒111-0000 東京 ○○区        |       |                                                                                                                                                                                                                                                           |
|         | △△町 1-2-3 XXX マンション 101 |       |                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 電話番号    | 00-0000-0000            |       |                                                                                                                                                                                                                                                           |
| FAX番号   | 00-0000-0000            |       |                                                                                                                                                                                                                                                           |

FAXの到着確認は、送信後2-3日過ぎますので予めご了承ください。

4 届書・増補についてご記入ください ※今回の健診は、特定健診検査を受ける場合がありますので、必ずお答えください。

☐ 血圧を下げる薬を飲んでますか。 ☐ はい ☒ いいえ  
☐ インスリン注射または血糖を下げる薬を飲んでますか。 ☐ はい ☒ いいえ  
☐ コレステロールを下げる薬を飲んでますか。 ☐ はい ☒ いいえ  
☐ 最近、急に体重が増えましたか。 ☐ はい ☒ いいえ  
(1)最近、急に体重が増えたとは、1か月10kg以上、又は6か月以上15kg以上増えた場合、最近1kg以上増えた場合  
☐ 生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば利用しますか。 ☐ はい ☒ いいえ

※お申込の席には案内の個人情報のお取り扱いについてにご同意の上、お申込ください。  
**■注意事項**

郵送でお申込の場合は、申込書と通知発行までにお時間がかかります場合がございます。  
 ※郵に記入された通信文に対する回答は出来かねます。

〒115-8691 日本郵便株式会社 赤羽郵便局郵便番号59号

(株)イーウェル健康サポートセンター「健診予約申込」係

## ①希望会場

ご希望の会場コード・会場名・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。  
※イーウェル一般健診A1コースを選択する場合、オプション検査欄の「034.胃部X線検査」もチェックしてください。

## ③ 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。

## ④受診者氏名・生年月日・年齢・性別

実際にご受診される方の情報をご記入ください。

⑤住所・電話番号・FAX番号

ご記入いただいた電話番号へ(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ので、  
日中連絡が可能な電話番号をご記入ください。

《FAX番号の記入あり》  
ご記入いただいたFAX番号へFAXで「申込結果通知書」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「申込結果通知書」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、記入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  
つきめけない  
まっすぐ一本  
角をつくる  
つきめける  
角をつくる  
閉じる

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

よくあるお申込間違い **注意**

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。

- ❖ **健診会場の会場コードと名称が異なっている、または省略されている**  
「健診会場一覧」に記載されている会場コード・会場名をよくご確認ください、  
名称は省略せずにご記入ください。
- ❖ **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。  
「健診会場一覧」に記載されている申込締切日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しください。



〈巡回健診専用〉

2016年度 巡回健診予約申込書[FAX:0570-057021]

全ての項目に漏れなくご記入の上 (株)イーウェルまでFAXまたは郵送してください。

上記のFAX番号がご利用いただけない場合は[03-6705-6862]までお送りください。

※数字は右詰めでご記入ください。

88641

記入日 月 日

【1】ご希望の健診会場をご記入ください

| 希望会場 | 会場コード                |                      |                      |                      |                      | 会場名 | 健診実施日                |                      |   |                      |   |
|------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----|----------------------|----------------------|---|----------------------|---|
|      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |     | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 月 | <input type="text"/> | 日 |

【2】ご希望の健診内容をご記入ください

| 健診内容<br>ご希望のコース・<br>オプションに☑を<br>入れてください | 健診コース                                                                                                                                            | オプション検査                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                         | <input type="checkbox"/> 013.イーウェル特定健診コース<br><br><input type="checkbox"/> 014.イーウェル一般健診A1コース<br><small>※右記オプション検査欄の「034.胃部X線検査」も選択してください</small> | <input type="checkbox"/> 031.子宮頸部細胞診検査<br><small>※女性のみ</small><br><input type="checkbox"/> 032.マンモグラフィ<br><small>※女性のみ</small><br><input type="checkbox"/> 033.乳房エコー検査<br><small>※女性のみ</small><br><input type="checkbox"/> 034.胃部X線検査<br><small>※イーウェル一般健診A1コース<br/>受診者は選択してください</small> | <input type="checkbox"/> 048.前立腺がん検査(PSA)<br><small>※50歳以上男性のみ</small><br><small>¥3,080自己負担<br/>両項目選択の場合<br/>乳房エコー検査<br/>も併せて実施</small> |

【3】受診者様情報をご記入ください

|         |                                                                                                                                                        |                      |                      |                                               |                      |                          |                      |                          |                      |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| 所属団体コード | 7143                                                                                                                                                   |                      | 保険証記号                | <input type="text"/>                          | <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/> |
| 所属団体名   | メイトック健康保険組合                                                                                                                                            |                      | 保険証番号                | <input type="text"/>                          | <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/> |
| フリガナ    |                                                                                                                                                        |                      | 生年月日<br>(西暦)         | <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 9 | 年                    | <input type="text"/>     | 月                    | <input type="text"/>     | 日                    |
| 受診者氏名   | (姓)                                                                                                                                                    | (名)                  | 年齢・性別                | <input type="text"/>                          | 歳                    | <input type="checkbox"/> | 男性                   | <input type="checkbox"/> | 女性                   |
| 住 所     | 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |                      | 都 道 府 県              |                                               |                      |                          |                      |                          |                      |
| 電話番号    | <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"/> |
| FAX番号   | <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<br>時間帯          | <input type="checkbox"/>                      | 午前<br>(9:30~12:00)   | <input type="checkbox"/> | 夕方<br>(15:00~17:30)  | <input type="checkbox"/> | 午後<br>(12:00~15:00)  |
|         |                                                                                                                                                        |                      |                      | <input type="checkbox"/>                      | いつでも可                |                          |                      |                          |                      |

FAXの到着確認は、送信後2~3日要しますので予めご了承ください。

【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ありますので、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。                                                                     | <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すか。                                                            | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| ③ コレステロールを下げる薬を飲んでいますか。                                                                | <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。<br>(「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヵ月以上吸っている者」であり、最近1ヵ月も吸っている者) | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| ⑤ 生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば利用しますか。                                                     | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |

※お申込の際には案内の【個人情報のお取り扱いについて】にご同意の上、お申込ください。

■ 注意事項 ※郵送でお申込の場合、申込結果通知書発行までにお時間がかかる場合がございます。

※欄外に記入された通信文に対する回答は出来かねます。

郵送申込先

〒115-8691 日本郵便株式会社 赤羽郵便局郵便私書箱59号  
(株)イーウェル健康サポートセンター「健診予約申込」係