

[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 0570-0261

FAXの到着時刻は送付後2～3日かかります。
 FAXでのAX通知をご希望しにいただける場合は
 [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

- ※お申込の趣は案内の「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。
- ※郵送に記入された通知文に対する返答は出ません。
- ※健診機関へ予約されていない場合、受診ができません。
- ※予約完了後、以下に該当し連絡なく記入の上、FAXまたは郵送で弊一ツルムまでお送りください。

☐ 健診機関へお電話でのご予約はお済みですか？

記入日 月 日

☐ 健診機関で予約した健診機関情報・健診内容をご記入ください。

☐ 健診機関コードが不明で正しく記入していない場合、当日受診ができません場合があります。

受診予約日時 月 日 午前 ☐ 午後 ☐ 時 分

健診コース		オプション検査	
☐ 013. イーウェル特定健診コース	☐ 032. マンボグラフィ ※女性のみに	☐ 031. 子宮頸がん細胞診検査 ※女性のみに	n1
☐ 014. イーウェル一般健診Aコース	☐ 033. 乳房エコー検査	☐ 040. 健診エコー検査	
健診内容 ご予約のコース・ オプション検査を 入れてください	☐ 034. 胸部レントゲン検査	☐ 043. 尿潜血検査 ※尿検査のみの場合	n2
	☐ 035. 腎臓内臓検査	☐ 048. 前立腺がん検査 (PSA) ※50歳以上の男性のみ	
	☐ 339. [ABC検査] ペーパーテストに付随検査	☐ 041. 尿潜血検査	
		☐ 042. 尿糖検査	

- n1 両項目を選択の場合、乳房エコー検査は全額自己負担です。
- n2 尿潜血検査の結果が正常かつABC検査がペーパーテストに付随検査を選択時は、[ABC検査]が全額自己負担となります。

☐ 2) 受診者様情報をご記入ください

所属団体コード	7031	保険証記号	
所属団体名	川崎汽船健康保険組合	保険証番号	

カネ氏名	(印) カタカナ	ハナコ	生年月日 (西暦)	年	月	日
	(セ)	(K)				

住 所	〒 -	都 道 府 県	
-----	--	---------	--

日中連絡先 ※1	-	-	-	連絡可能時間帯	☐ 朝 9:30～12:00	☐ 夜 15:00～17:30
FAX番号 ※2	-	-	-		☐ 7:20～15:00	☐ その他可

- n1 日中連絡先はイーウェル健診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、勤務時間外番号を記入した際にはご注意ください。
- n2 FAX番号が不明な場合、受診時FAXに記入し、郵送いたします。

☐ 3) 医療履歴についてご記入ください ※ 今回の健診は、特定健康診断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。	☐ 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せんか。	☐ 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せんか。	☐ はい	☐ いいえ

④ 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。	☐ はい	☐ いいえ
⑤ 過去1年以内に喫煙したことがありますか。年齢に1歳を2両方加えます。	☐ はい	☐ いいえ
⑥ 過去1年以内に喫煙したことがありますか。年齢に1歳を2両方加えます。	☐ はい	☐ いいえ

※ 生活習慣の改善について、これまでに特定健康診断を受けたことがありますか。 ☐ はい ☐ いいえ

〒173-8691 日本郵便株式会社 東京都郵便局郵便私書箱203号
 (株)イーウェル健診サポートセンター「健診予約申込」係

郵送の到達時刻は投函後10日後程度となりますのでご了承ください。

受診券発行依頼書

医療機関からの依頼

**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
すきまをつくる
すきまをつくる
つきめけ
つきめけ
つきめけ
閉じる

まっすぐ一本
角をつくる
角をつくる
角をつくる
角をつくる
角をつくる
角をつくる

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。

《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。

〈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。
※健診機関へ予約されていない場合、受診ができません。
予約完了後に、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。

☐ 健診機関へお電話でのご予約はお済みですか？記入日 月 日

[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

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。										
受診予約日時			月		日	☐ 午前	☐ 午後			時			分～		
健診内容 ご予約のコース・ 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									
	☐ 013. イーウェル特定健診コース					☐ 032. マンモグラフィ ※女性のみ					☐ 031. 子宮頸部細胞診検査 ※女性のみ				
	☐ 014. イーウェル一般健診A1コース					☐ 033. 乳房エコー検査 ※女性のみ					☐ 040. 腹部エコー検査				
						☐ 034. 胃部X線検査					☐ 044. 便潜血検査 ※特定健診選択者のみ				
					☐ 035. 胃内視鏡					☐ 048. 前立腺がん検査(PSA) ※50歳以上男性のみ					
					☐ 339. [ABC検査] ペプシノゲン+ピロリ菌検査					☐ 041. B型肝炎検査					
										☐ 042. C型肝炎検査					

※1 両項目を選択の場合、乳房エコー検査は全額自己負担です。

※2 胃部X線・胃内視鏡のどちらか+[ABC検査]ペプシノゲン+ピロリ菌検査を選択時は、[ABC検査]が全額自己負担となります。

[2]受診者様情報をご記入ください

所属団体コード	7031					保険証記号											
所属団体名	川崎汽船健康保険組合					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																	
FAX番号 ※2																	
連絡可能 時間帯																	
☐ 午前 9:30～12:00 ☐ 夕方 15:00～17:30																	
☐ 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。

[3]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	☐ 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か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。

受診券発行依頼書

巡回健診予約申込書