

# 受診券発行依頼書の記入方法

[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

### 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オプション検査にチェックしてください。

### 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。

### ⑥ 事前問診

現時点のご状況にチェックしてください。

(株)イーウェル健康サポートセンター宛  
FAX送信先 **0570-057021** FAXの到着時刻は送信後2-3日かかります。なおFAX受付が終了した日付がない場合は【03-6659-7900】までお呼びください。

〈施設健診専用〉  
2024年度 受診券発行依頼書 88411

■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、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?  
(1)お電話で予約した健診機関名・健診内容をご記入ください。

健診機関コード 受診予約日時 記入日

健診コース オプション検査

健診内容  
ご予約のオプション検査を入れてください

014. イーウェル一般健診A1コース

031. 子宮頸癌検診検査 ※女性のみ  
032. マンモグラフィ ※乳腺検診  
033. 乳癌エコー検査 ※女性のみ  
034. 腎臓X線検査 検体検出時  
038. ヒロミ腫瘍検査 (35歳より5歳ごと75歳まで全腫瘍検出) ※年齢は2025年3月31日時点にて算出

(2)受診者様情報をご記入ください

所属団体コード 7036 保険証記号

所属団体名 TOPPANグループ健康保険組合 保険証番号

カナ氏名 (姓) カタカナ (セイ) (メイ) ハナコ 生年月日 (西暦) 年 月 日

住所 〒 市区 町 丁目

日中連絡先 ※1 連絡可能 9:30-12:00 17:00-19:00 17:00-19:00 17:00-19:00

FAX番号 ※2

※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問い合わせいただけますので、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、保険証はFAXにて送付し郵送はいたしません。

(3)腫瘍・検体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。  はい  いいえ

⑤ 現在、飲酒に当たっては、毎日または頻りに飲んでいますか。  はい  いいえ

⑥ 過去1年間で40kg以上減量していますか。  はい  いいえ

⑦ 過去1年間で40kg以上増量していますか。  はい  いいえ

⑧ 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  
郵送の到着時刻は到着後10日程度要しますので予めご了承ください。

### 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。

### 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。

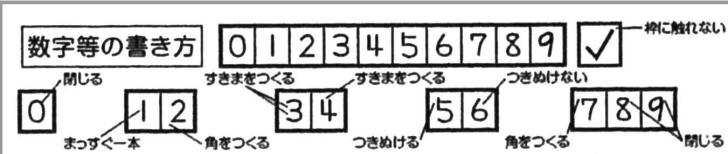
《FAX番号の記入あり》  
ご記入いただいたFAX番号へFAXで「受診券」を送付いたします。

《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〉

## 2024年度 受診券発行依頼書

88411

- 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	※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	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	時	<input type="text"/>	分	~
健診内容 ご予約の 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				<input type="checkbox"/> 031. 子宮頸部細胞診検査 ※女性のみ					
					<input type="checkbox"/> 032. マンモグラフィ ※女性のみ					
					<input type="checkbox"/> 033. 乳房エコー検査 ※女性のみ					
					<input type="checkbox"/> 034. 胃部X線検査 健保負担無し					
				<input type="checkbox"/> 038. ピロリ菌検査 (35歳より5歳ごと75歳まで全額健保負担)						

※年齢は2025年3月31日時点にて算出

[2]受診者様情報をご記入ください

所属団体コード	7036			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	TOPPANグループ健康保険組合			保険証番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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"/>				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"/>	<input type="text"/>
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="text"/>

※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。