

〈施設健診専用〉

2024年度 施設健診受診券発行依頼書

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	<input type="text"/>	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					
	<input checked="" type="checkbox"/> 013. イーウェル特定健診コース				<input type="checkbox"/> 034. 胃部X線検査	<input type="checkbox"/> 048. 前立腺がん検査(PSA) ※45歳以上の男性	自己負担項目 <input type="checkbox"/> 032. マンモグラフィ ※女性のみ 全額自己負担 <input type="checkbox"/> 046. 骨密度検査 全額自己負担			
				<input type="checkbox"/> 044. 便潜血検査						
				<input type="checkbox"/> 033. 乳房エコー検査 ※女性のみ						
				<input type="checkbox"/> 031. 子宮頸部細胞診検査 ※女性のみ						

【2】受診者様情報をご記入ください

所属団体コード	7148			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	DIC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"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<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 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"/>	<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="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、「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 ※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。

施設健診受診券
発行依頼書

巡回健診予約申込書