

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 検査内容

健診機関へご予約された検査項目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。

FAX送信先 **0570-057021** FAXの到着確認は送信後2~3日かかります。2日以内のFAX受付が可能な期間に記入してください。[03-6659-7900]までお送りください。

〈単独胃内視鏡検査用〉
2024年度 受診券発行依頼書 88414

■注意事項 ※お申込の際は案内の「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、以下で別紙に「受診券」を記入の上、FAXまたは郵送で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情報・検査内容をご記入ください

1 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、当日受診ができません。
受診予約日時 月 日 午前 午後 昼 分

2 検査内容
検査項目にチェックしてください
 073. [胃]内視鏡検査 ※今年度の胃内視鏡検査は、

[2] 受診者様情報をご記入ください
所属団体コード 7033 保険証記号
所属団体名 コニカミノルタ健康保険組合 保険証番号

3 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 4 受診者カナ氏名・生年月日
氏名 カタカナ ハナテコ 生年月日 西暦 月 日 年 日 月 日 日
住所 〒 郵便番号 都道府県 市区町村 番地 丁目 番 号 号
日中連絡先 #1 電話 1200-1200 1500-1730
FAX番号 #2 1200-1500 いつでも

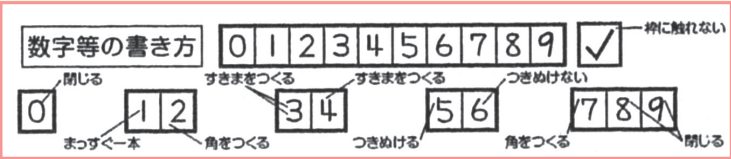
5 5 住所・日中連絡先・FAX番号
日中連絡が可能な電話番号をご記入ください。(株)イーウェルや健診機関からご連絡を差し上げる場合がございます。

【単独胃内視鏡検査 注意事項】
※今年度対象外の方が受診した場合は全額自己負担となり、補助は年度に異なりません。(加入者全員)
※健診料などは自己負担です。金額やその後の対応については健診機関へご確認ください。
※一般保険受給者の方へ 個別定期健康診断のオプション検査で受診済みの方は、この検査は受診できません。前一年度内に重複受診した場合は、検査費用を請求させていただきます。

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。

！ 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。

〈単独胃内視鏡検査用〉

2024年度 受診券発行依頼書

88414

- 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㈱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・検査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~

検査内容 ご予約された 検査項目に✓を 入れてください	単独検査									
	<input type="checkbox"/> 073. [単] 胃内視鏡検査	※今年度対象の方は自己負担なし								

【2】受診者様情報をご記入ください

所属団体コード	7033	保険証記号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
所属団体名	コニカミノルタ健康保険組合	保険証番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <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"/>	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="checkbox"/> 午後 12:00~15:00	<input type="checkbox"/> いつでも可

- ※1 日中連絡先に㈱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。

【単独胃内視鏡検査 注意事項】

- ※今年度対象外の方が受診した場合は全額自己負担となり、補助は翌年度に繰越できません（加入者全員）
※鎮静剤などは自己負担です。金額やその他の自己負担については医療機関へご確認ください。
※一般被保険者の方へ 個別型定期健康診断のオプション検査で受診済みの方は、この検査は受診できません。
同一年度内に重複受診した場合は、検診費用を請求させていただきます。

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。