

〈巡回健診専用〉

2023年度 巡回健診予約申込書

88341

■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。

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。

記入日 月 日

[1]ご希望の健診会場をご記入ください ※健診会場コードは会場リストをご確認ください。

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

※健診会場コード5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。

[2]ご希望の健診内容をご記入ください

| 健診内容 ご希望の 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"/> 014. イーウェル一般健診A1コース | <input type="checkbox"/> 032. マンモグラフィ ※女性のみ | 両項目選択の場合 乳房エコー検査 ¥4,300自己負担 |
| <input type="checkbox"/> 033. 乳房エコー検査 ※女性のみ | <input type="checkbox"/> 046. 骨密度検査 ¥2,618自己負担 | | |
| <input type="checkbox"/> 052. HPV検査(自己採取) ※女性のみ | <input type="checkbox"/> 048. 前立腺がん検査(PSA) ※男性のみ | | |
| <input type="checkbox"/> 034. 胃部X線検査 ¥5,500自己負担 | | | |

[3]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) | | | | | | | |

| | | | |
|----|---|------|----------------------|
| 住所 | 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 都道府県 | <input type="text"/> |
|----|---|------|----------------------|

| | | | | | | | | | | | | |
|----------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------------|--|--|
| 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"/> | 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="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、「申込結果通知書」はFAXにて送付し郵送はいたしません。

[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。 | <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コレステロールや中性脂肪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。 (「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6か月以上吸っている者」であり、最近1か月間も吸っている者) | <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 |

受診券発行依頼書

巡回健診予約申込書

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
FAXの到着確認は送信後2~3日、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。

※キリトリ線コピーしてご利用ください