

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。23時のFAX受付が定時受付にすぎない場合は[03-6659-7900]までお呼びください。

《単独婦人科検診用》
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、以下印刷用紙に記入の上、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桁が正しく記されていない場合、当日受診ができなくなる場合があります。
受診予約日時 月 日 午前 午後 昼 夕 夜 分

2 検査内容
ご予約された検査項目に☑を入れてください。
 061. 子宮頸部細胞診検査
 062. マンモグラフィ ※両方受診の場合、乳房エコー検査は生体日に実施です。
※35歳未満の方は、どちらか生体日に受診です。併み検査は併行検査です。
 063. 乳房エコー検査

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。

4 カナ氏名 (姓) カガカ (名) ハナコ 生年月日 (西暦) 年 月 日
住所 〒 番 号 都 道 府 県
日中連絡先 #1 電話番号 30-1200 2500-1730
FAX番号 #2 1200-1500 1730
※1 日中連絡先にイーウェル連絡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、保険料がFAXにて送付される場合があります。

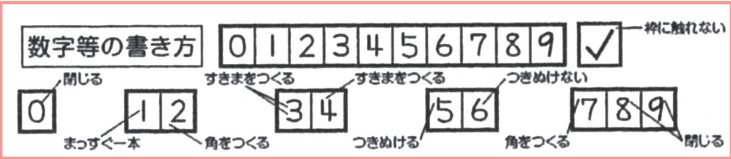
【一般被保険者の方へ：単独婦人科がん検診(子宮頸がん・乳がん)注意事項】
下記①～⑤のいずれか、子宮頸がんと乳がん(マンモグラフィまたはエコー)をそれぞれ年一度、健康補助にて受診いただけます。
① 健康補助：健康補助より検診費用を請求させていただきますので、お申込の際はご注意ください。
② イーウェル検診：(検診料)
③ 会社で実施している健康診断(がん検診)
④ 検診料：(子宮頸部細胞診、マンモグラフィ、乳房エコー)の検診料
⑤ カガカ2024年がん検診で実施した場合は、健康補助が適用されず、併行したポイントが取消されますので、健康補助は検診費用を請求させていただきます。

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。

⚠️ ご注意

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。

〈単独婦人科検診用〉

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(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・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	単独婦人科検診									
	<input type="checkbox"/> 061. 子宮頸部細胞診検査									
	<input type="checkbox"/> 062. マンモグラフィ									
	<input type="checkbox"/> 063. 乳房エコー検査									

両方受診することができます。
※両方受診の場合、乳房エコー検査は全額自己負担です。
※35歳未満の方は、どちらも全額自己負担です。(乳がん検診補助対象外)

[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"/>	都道府県	<input type="text"/>
----	---	------	----------------------

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(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。

【一般被保険者の方へ：単独婦人科がん検診(子宮頸がん・乳がん)注意事項】

下記①~⑤のいずれか、子宮頸がんと乳がん(マンモグラフィまたはエコー)をそれぞれ年度一回、健保補助にて受診いただけます。
重複した場合は、健保組合より検診費用を請求させていただきますので、お申込の際はご注意ください。

- イーウェル単独検診(本検診)
- 会社で実施している巡回婦人科がん検診
- 個別型定期健康診断のオプション検査
- 住民健診(子宮頸部細胞診、マンモグラフィ、乳房エコー)の健保補助
- かかりつけ医・人間ドックで受診した場合のKM健康ポイント付与(付与したポイントは取消できませんので、重複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。