

〈巡回健診専用〉

2024年度 巡回健診予約申込書

88441

■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					健診実施日			月		日	
---------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	-------	----------------------	----------------------	---	----------------------	---	----------------------

※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

	健診コース	オプション検査	
健診内容 ご希望の オプションに✓を 入れてください	☒ 014. イーウェル一般健診A1コース	☐ 052. HPV ※女性のみ	☐ 034. 胃部X線検査
		☐ 032. マンモグラフィ ※女性のみ	☐ 040. 腹部エコー検査
		☐ 033. 乳房エコー検査 ※女性のみ	

[3]受診者様情報をご記入ください

所属団体コード	7071	保険証記号							
所属団体名	日本触媒健康保険組合	保険証番号							

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

住 所	〒 -	都 道 府 県		
日中連絡先 ※1	-	連絡可能 時間帯	☐ 午前 9:30～12:00	☐ 夕方 15:00～17:30
FAX番号 ※2	-		☐ 午後 12:00～15:00	☐ 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。	☐ 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。 ※「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ヵ月間吸っている 条件2:生涯で6ヵ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	☐ ①はい (条件1と条件2 を両方満たす) ☐ ②以前は吸っていたが、 最近1ヵ月間は吸っていない (条件2のみ満たす) ☐ 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。	☐ 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。

受診券発行依頼書

巡回健診予約申込書