



## 〈施設健診専用〉

# 2026年度 受診券発行依頼書

88611

- 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・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"/>	※健診機関コードは三菱健保ホームページに掲載の「健診機関リスト」をご確認ください。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 ご予約のコース・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 type="checkbox"/> 013. イーウェル特定健診コース <input type="checkbox"/> 014. イーウェル一般健診A1コース				※1 <input type="checkbox"/> 031. 子宮頸部細胞診検査 ※女性のみ <input type="checkbox"/> 032. マンモグラフィ ※女性のみ <input type="checkbox"/> 033. 乳房エコー検査 ※女性のみ <input type="checkbox"/> 040. 腹部エコー検査 <input type="checkbox"/> 044. 便潜血検査 ※2 <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 <input type="checkbox"/> 059. ペプシノゲン						

- ※1 オプション検査より3項目のみ選択可 (健保負担)。4項目以上の希望は自己負担にて受診可能だが、直接健診機関へ予約が必要。  
※2 イーウェル特定健診コース選択者のみ選択可

#### [2]受診者様情報をご記入ください

所属団体コード	7154	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	三菱健康保険組合	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"/>	<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="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。

#### [3]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。