

# 受診券発行依頼書の記入例 (FAXの場合)

[FAX:0570-057021]

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。

## 受診券発行依頼書の記入例

(施設健診専用)  
2016年度 受診券発行依頼書 (FAX:0570-057021)  
全ての項目に漏れなくご記入の上 (※: イーウェルでFAXを印刷してご利用ください。)  
※FAXは: 宛先印刷機に接続した状態で (03-6705-6962) でお送りください。  
※数字は黒ボールペンで記入ください。

記入例

1. 受診機関の名称・コード・受診予定日時  
受診機関コード: 000000  
受診機関名称: ○×病院  
受診予定日時: 00/00/00

2. 健診コース・オプション検査  
011. イーウェル健康診断コース  
014. イーウェル健康診断コース  
031. 中野健康診断コース  
032. 中野健康診断コース  
033. 中野健康診断コース  
035. 中野健康診断コース  
339. 中野健康診断コース  
040. がん検診コース  
051. がん検診コース  
054. がん検診コース  
055. がん検診コース  
056. がん検診コース  
057. がん検診コース

3. 保険証記号・番号  
7155

4. 受診者氏名・生年月日・年齢・性別  
受診者氏名: イーウェル 花子  
生年月日: 1900/00/00  
年齢: 19  
性別: 女

5. 住所・電話番号・FAX番号  
住所: 〒100-0000 東京都 〇〇区  
△△町 1-2-3 XXX マンション 101  
電話番号: 00-0000-0000  
FAX番号: 00-0000-0000

6. 注意事項  
【1】 受診機関の名称・コード・受診予定日時を正確に記入してください。  
【2】 健診コース・オプション検査を正確に記入してください。  
【3】 保険証記号・番号を正確に記入してください。  
【4】 受診者氏名・生年月日・年齢・性別を正確に記入してください。  
【5】 住所・電話番号・FAX番号を正確に記入してください。

### ① 健診機関コード・名称・受診予定日時

ご予約された健診機関のコード・名称および受診予定日時を正確にご記入ください。

### ② 健診コース・オプション検査

健診機関へご予約された健診コース・オプション検査にチェックしてください。

### 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 受診者氏名・生年月日・年齢・性別

実際にご受診される方の情報をご記入ください。

### ⑤ 住所・電話番号・FAX番号

ご記入いただいた電話番号へ(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ので、日中連絡が可能な電話番号をご記入ください。  
 <FAX番号の記入あり>  
 ご記入いただいたFAX番号へFAXで「受診券」を送付いたします。  
 <FAX番号の記入なし>  
 ご記入いただいたご住所へ「受診券」を郵送いたします。

## 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、記入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。

数字等の書き方

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ✓ (一筆に書ける)

0 (閉じる) 1 2 (書き戻す) 3 4 (書き戻す) 5 6 (書き戻す) 7 8 9 (閉じる)

※書き戻す一本、角をつくる、つぎめける、角をつくる、閉じる

- ✓ 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

## よくあるお申込間違い 注意

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・名称が異なっている、または省略されている  
「健診機関リスト」に記載されているコード・名称をよくご確認ください、名称は省略せずにご記入ください。
- ✓ 受診予定日時が誤っている  
健診機関へのご予約時に確定した受診予定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にてお申込ください。

〈施設健診専用〉

2016年度 受診券発行依頼書 [FAX:0570-057021]

全ての項目に漏れなくご記入の上 (株)イーウェルまでFAXまたは郵送してください。

上記のFAX番号をご利用いただけない場合は [03-6705-6862] までお送りください。

※数字は右詰めでご記入ください。

88616

記入日  月  日

【1】ご予約の内容をご記入ください

健診機関	健診機関コード	健診機関名称	
受診予定日時	月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 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"/> 011.イーウェル法定健診Aコース (34歳以下対象・年度末現在) <input type="checkbox"/> 014.イーウェル一般健診A1コース (35歳以上対象・年度末現在)		<input type="checkbox"/> 031.子宮頸部細胞診検査 (35歳以上対象・無料) <input type="checkbox"/> 032.マンモグラフィ (35歳以上対象・無料) ※3 <input type="checkbox"/> 033.乳房エコー検査 (35歳以上対象・無料) <input type="checkbox"/> 035.胃部内視鏡検査 ※1 (35歳以上対象・無料) <input type="checkbox"/> 339. [ABC検診] ※2 ヘプシゲンピロリ菌検査 (35歳以上対象・無料) <input type="checkbox"/> 040.腹部エコー検査 <input type="checkbox"/> 053.腫瘍マーカー検査 (AFP (α-FP)) <input type="checkbox"/> 054.腫瘍マーカー検査 (CEA) ※4 <input type="checkbox"/> 055.腫瘍マーカー検査 (CA19-9) <input type="checkbox"/> 056.腫瘍マーカー検査 (CA125) <input type="checkbox"/> 332.眼底検査

【2】受診者様情報をご記入ください

※1 前年ABC検診受診者は実施(チェック)すること

※2 今回初めて受診される方(前回未受診の方)実施(チェック)すること

※3 両項目選択の場合は乳房エコー検査全額自己負担

※4 全額自己負担

所属団体コード	7155		保険証記号	<input type="text"/>
所属団体名	渡辺パイプ健康保険組合		保険証番号	<input type="text"/>
フリガナ			生年月日 (西暦)	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
受診者氏名	(姓)	(名)	年齢・性別	<input type="text"/> 歳 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>		都道府県	<input type="text"/>
電話番号	<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 (16:00~17:30) <input type="checkbox"/> 午後 (12:00~15:00) <input type="checkbox"/> いつでも可
FAX番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

FAXの到着確認は、送信後2~3日要しますので予めご了承ください。

【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ありますので、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。  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せんか。  はい  いいえ

③ コレステロールを下げる薬を飲んでいませんか。  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、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月も吸っている者)

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。  はい  いいえ

【4】胃がんリスク検診 [ABC検診] を受診する方は以下について必ずご記入ください

① ピロリ菌の除菌治療を受けたことがありますか。  はい  いいえ

② 食道や、胃、十二指腸の疾患が強く疑われるような自覚症状がありますか。  はい  いいえ

③ 食道炎、胃潰瘍、十二指腸潰瘍などの治療を受けていますか。  はい  いいえ

④ 胃酸分泌抑制薬(プロトンポンプ阻害薬)を飲んでいませんか。  
 (服用中もしくは2ヶ月前以内に服用していた者)

⑤ 胃の切除手術を受けたことがありますか。  はい  いいえ

⑥ 腎機能障害がありますか。(目安:クレアチニン値が3mg/dL以上)  はい  いいえ