# 健診予約申込書の記入方法

[FAX・郵送の場合]

「健診予約申込書」の全ての項目を漏れなくご記入ください。 (株)イーウェルにて健診機関と日程調整を行い「受診券」を発行いたします。

### 

ご希望の健診機関コードを ご記入ください。

### 2 簡易申込

ご希望の範囲内で日程調整を 行います。

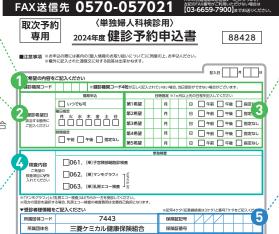
- ◆いつでも可▶日程を問わず受診が可能な場合
- ◆曜日指定 ▶曜日に指定がある場合
- ◆時間指定 ▶時間帯に指定がある場合

### 4 健診コース・オプション検査

ご希望の健診コース・オプション 検査にチェックしてください。

### 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。



生年月日 (西部) 年 月 日

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籍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 郵送の翌瀬産駅は投函後10日程度要しますので予めご了永ください。

都道

- - | 海崎可能 | 530-1200 | 1500-17 | 1500-17 | 1500-17 | 1500-17 | 1500-17 | 1500-17 | 1500-17 | 1500-17

### 3 日時指定 ※出来るだけ多くご記入ください。

ご希望の日時で日程調整を行います。「日時指定」と「簡易申込」両方ご記入いただいた場合は、「日時指定」に記載のある日程を優先させていただきます。

### **5** 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。

### **⑦** 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

#### 《FAX番号の記入あり》

合がございます。

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。



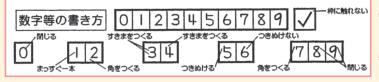
本帳票は機械により処理するため、

カナ氏名

※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 ※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た。

黒ボールペンで枠内に収まるように丁寧にご記入ください。

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・郵送での健診予約申込みの際、以下のケースが多く発生しております。 健診予約申込書にご記入の際、くれぐれもご注意ください。

### 希望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。

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。

## FAX送信先 0570-057021

FAXの到着確認は送信後2~3日かかります。 左記のFAX番号がご利用いただけない場合は 【03-6659-7900】までお送りください。

取次予約 専用

## 《単独婦人科検診用》 2024年度**健診予約申込書**

88428

■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。

▼ご希望の内容を	ご記入ください		記入日月日	
健診機関コード	※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。			
受診希望日 該当する箇所に ご記入ください	簡易申込 日時指定 ※1ヵ月以上先		持指定 ※1ヵ月以上先の日程を記入してください	
	□ いつでも可 第	51希望	月 日 日 午前 日 午後 日 指定なし	
	曜日指定 第 月 火 水 木 金 土 日	2希望	月 日 一 午前 一 午後 一 指定なし	
		3希望	月 日 一 午前 一 午後 一 指定なし	
	時間指定第	4希望	月 日 一 午前 一 午後 一 指定なし	
	〒前 〒後 間 指定なし 第	5希望	月 日 一 午前 一 午後 一 指定なし	
	単独検査			
検査内容 ご希望の 検査項目に <b>が</b> を 入れてください	□061. [単]子宮頸部細胞診検査			
	<b>□062.</b> [単]マンモグラフィ ¬ ξ			
	□062. [単]マンモグラフィ ¬ 皆 ら か			
※「マンモグラフィ」と「乳房エコー検査」はどちらか一方を受診してください。 ※両方の受診を選択する場合、乳房エコー検査の検査費用は全額自己負担となります。				
▼受診者様情報をご記入ください ※記号4ケタ(任意継続者は3ケタ)と番号7ケタをご記入ください。				
所属団体コード	7443		保険証記号	
所属団体名	三菱ケミカル健康保険組合		保険証番号	
カナ氏名	(例) カタカナ /	N.T		
	(セイ) (メイ)		生年月日 (西暦) 日 日	
住 所	-			
	<b>〒</b>			
日中連絡先 ※1			連絡可能	
FAX番号 ※2	-	_	時間帯	
※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。				

〒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