

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・郵送をご希望の一般被保険者用〉

2025年度 受診券発行依頼書

88512

- 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。
※郵送でお申込の場合、受診券発行までにお時間がかかる場合がございます。
※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		※ 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	月 日 ☐ 午前 ☐ 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 ☐014. イーウェル 一般健診A1コース ※胃部検査なし ☐019. イーウェル 生活習慣病健診2コース ※胃部検査あり ☐020. イーウェル 人間ドックAコース ※管理職のみ受診可 ※複数選択不可	オプション検査 ☐031. 子宮頸部細胞診検査 ※女性のみ ☐032. マンモグラフィ ※女性のみ ☐033. 乳房エコー検査 ※女性のみ ☐036. 胃管内視鏡検査への変更 ※1 ☐048. 前立腺がん検査(PSA) ※男性のみ、50歳以上

※1 イーウェル生活習慣病健診2コース、イーウェル人間ドックAコースを選択した場合のみ選択可能です。

[2]受診者様情報をご記入ください

所属団体コード	7444	保険証記号							
所属団体名	フジシールグループ健康保険組合	保険証番号							
カナ氏名	(例) カタカナ (セイ) (メイ)	生年月日 (西暦)				年			月 日

住 所	〒 -	都 道 府 県	
日中連絡先		連絡可能 時間帯	☐ 午前 9:30～12:00 ☐ 夕方 15:00～17:30 ☐ 午後 12:00～15:00 ☐ いつでも可
FAX番号 ※			

※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。