

〈巡回健診専用〉

2025年度 巡回健診予約申込書

88541

- 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

健診内容 ご希望のコース・ 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												
	☐ 013. イーウェル特定健診コース ☐ 014. イーウェル一般健診A1コース	<table><tr><td>☐032. マンモグラフィ ※女性のみ</td><td rowspan="2">両項目選択の場合 ¥3,906(税抜)は自己負担</td><td>☐044. 便潜血検査 ※特定健診コースのみ</td></tr><tr><td>☐033. 乳房エコー検査 ※女性のみ</td><td>☐046. 骨密度検査</td></tr><tr><td>☐052. HPV検査(自己採取) ※女性のみ</td><td rowspan="2">両項目選択の場合 [ABC検査]ペプシノゲン+ピロリ菌検査 ¥3,806(税抜)は自己負担</td><td>☐048. 前立腺がん検査(PSA) ※男性のみ</td></tr><tr><td>☐034. 胃部X線検査</td><td>☐040. 腹部エコー検査</td></tr><tr><td>☐339. [ABC検査] ペプシノゲン+ピロリ菌検査</td><td></td><td></td></tr></table>	☐ 032. マンモグラフィ ※女性のみ	両項目選択の場合 ¥3,906(税抜)は自己負担	☐ 044. 便潜血検査 ※特定健診コースのみ	☐ 033. 乳房エコー検査 ※女性のみ	☐ 046. 骨密度検査	☐ 052. HPV検査(自己採取) ※女性のみ	両項目選択の場合 [ABC検査]ペプシノゲン+ピロリ菌検査 ¥3,806(税抜)は自己負担	☐ 048. 前立腺がん検査(PSA) ※男性のみ	☐ 034. 胃部X線検査	☐ 040. 腹部エコー検査	☐ 339. [ABC検査] ペプシノゲン+ピロリ菌検査	
☐ 032. マンモグラフィ ※女性のみ	両項目選択の場合 ¥3,906(税抜)は自己負担	☐ 044. 便潜血検査 ※特定健診コースのみ												
☐ 033. 乳房エコー検査 ※女性のみ		☐ 046. 骨密度検査												
☐ 052. HPV検査(自己採取) ※女性のみ	両項目選択の場合 [ABC検査]ペプシノゲン+ピロリ菌検査 ¥3,806(税抜)は自己負担	☐ 048. 前立腺がん検査(PSA) ※男性のみ												
☐ 034. 胃部X線検査		☐ 040. 腹部エコー検査												
☐ 339. [ABC検査] ペプシノゲン+ピロリ菌検査														

[3]受診者様情報をご記入ください

所属団体コード	7302	保険証記号							
所属団体名	日産化学健康保険組合	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
FAX番号 ※2	- -	☐ 午前 9:30～12:00 ☐ 夕方 15:00～17:30 ☐ 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