

# 脳検査 概要



予約期間

2022年4月20日～2022年8月31日



受診期間

2022年5月11日～2022年10月31日

受診ルール

受診ルール

- 上記期間以外での「予約」「受診」は出来ません。
- 受診日に当健保組合の資格を喪失している場合は受診出来ません。  
万が一受診された場合、**健保負担分を含めた健診に関わる全ての費用を負担**していただきます。  
※年齢は2023年3月31日時点にて算出  
※今年度75歳になる方は、75歳の誕生日前日までに受診してください。
- 健診施設は①健診機関リスト掲載機関にてお願いします。  
お住いの近くに①がない場合(公共交通機関を利用して1.5時間以上かかる場合)に限り②任意医療機関での受診が可能です。②で受診される方はKENPOSより精算方法をご確認ください。
- 脳検査の方法・内容に関しては、健診機関によって異なります。直接健診機関にご確認ください。
- 脳検査は、一般被保険者の方は定期健診、そのほかの方はイーウェル一般健診A1コースの受診を前提としております。  
イーウェル一般健診A1コースと同じ健診機関での受診を希望する場合、健診機関にご予約後、イーウェル一般健診A1コースと脳検査それぞれの申請が必要となります。
- 単独検査は、健診機関によって別途「診察料・文書料」が発生する場合があります。  
検査料金と合算した金額が健保補助上限金額を超えた場合は、超過分が自己負担となります。

## 受診対象者・脳検査コース

受診対象者			脳検査コース	
加入区分	制度区分	年齢	名称	自己負担金額
被保険者	一般	40歳～	単独検診 脳検査	20,000円(税込み)を超えた金額
	任意継続			
被扶養者	一般			
	任意継続			

# 受診券発行依頼書の記入方法(脳検査)

## [FAX・郵送の場合]

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。

### 記入方法

#### ① 健診機関コード・受診予約日時

ご予約された健診機関のコードおよび受診予約日時をご記入ください。

#### ② 検査内容

健診機関へご予約された検査内容にチェックしてください。

#### ④ 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。

FAX送信先 **0570-057021** 左記のFAX番号が利用できない場合は [03-6659-7900]までお送りください。

〈単独検診脳検査用〉  
2022年度 **受診券発行依頼書** 88214

■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。  
※欄外に記入された連絡先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は、受診ができません。  
※予約完了後に、以下欄外に漏れなく記入の上、FAXまたは郵送で弊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?  
[1]お電話で予約した健診機関情報・検査内容をご記入ください

健診機関コード  受診予約日時 月  日  午前  午後  昼  分一

検査内容  075. (単)脳検査

[2]受診者様情報をご記入ください

所属団体コード  7256 保険証記号   
所属団体名  ファイザー健康保険組合 保険証番号

カナ氏名 (セイ)  (メイ)  生年月日 年  月  日

住所 〒  -   番  号

日中連絡先 ※1 午前  午後  夜   
FAX番号 ※2  2200-1500  1730  1730

※1 日中連絡先に弊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にて送付し願います」と記載してください。

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  
FAXの到着確認は送信後2〜3日、郵送の到着確認は投函後10日程を要しますのでご了承ください。

#### 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。

#### ⑤ 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合がございます。

#### 《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。

✓ **受診予約日時が誤っている**  
健診機関へのご予約時に確定した受診予約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または郵送にてお申込ください。

## 〈単独検診脳検査用〉

# 2022年度 受診券発行依頼書

88214

- 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・検査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~

検査内容 ご予約された 検査項目に✓を 入れてください	単独検査									
	<input type="checkbox"/> 075. [単]脳検査									

[2]受診者様情報をご記入ください

所属団体コード	7256				保険証記号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
所属団体名	ファイザー健康保険組合				保険証番号	<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"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	都 道 府 県
-----	---	------------

日中連絡先 ※1	<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="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。

受診券発行依頼書

巡回健診予約申込書

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

FAXの到着確認は送信後2~3日、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。