受診券発行依頼書の記入方法（健診）
［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

❶ 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。

❷ オプション検査

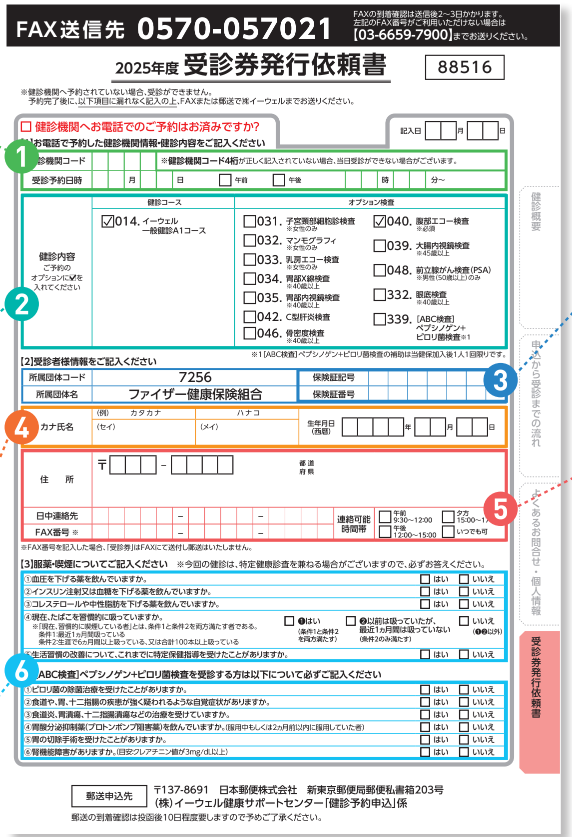
健診機関へご予約されたオプション検査にチェックしてください。

❹ 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。

❻ 事前問診

現時点のご状況にチェックしてください。


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。

2025年度 受診券発行依頼書　88516

※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	
	☑014. イーウェル 一般健診A1コース	□031. 子宮頸部細胞診検査 ※女性のみ	☑040. 腹部エコー検査 ※必須
		□032. マンモグラフィ ※女性のみ	□039. 大腸内視鏡検査 ※45歳以上
		□033. 乳房エコー検査 ※女性のみ	□048. 前立腺がん検査(PSA) ※男性(50歳以上)のみ
		□034. 胃部X線検査 ※40歳以上	□332. 眼底検査 ※40歳以上
		□035. 胃部内視鏡検査 ※40歳以上	□339. [ABC検査] ペプシノゲン+ピロリ菌検査※1
		□042. C型肝炎検査	
		□046. 骨密度検査 ※40歳以上	

※1［ABC検査］ペプシノゲン+ピロリ菌検査の補助は当健保加入後1人1回限りです。

[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	(例) カタカナ ハナコ (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 □午後 12:00〜15:00 □夕方 15:00〜17:00 □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	□❶はい（条件1と条件2を両方満たす）□❷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（❶❷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

[ABC検査]ペプシノゲン+ピロリ菌検査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)を飲んでいますか。(服用中もしくは2ヵ月前以内に服用していた者)	□はい □いいえ
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

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。

❸ 保険証記号・番号

実際にご受診される方の情報をご記入ください。

❺ 住所・日中連絡先・FAX番号

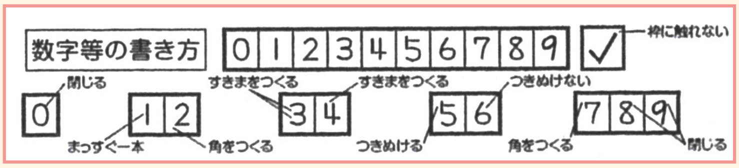
日中連絡が可能な電話番号をご記入ください。(株)イーウェルや健診機関からご連絡を差し上げる場合がございます。

《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。

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。

2025年度 受診券発行依頼書

88516

※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
	☑014. イーウェル 一般健診A1コース	□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 □034. 胃部X線検査 ※40歳以上 □035. 胃部内視鏡検査 ※40歳以上 □042. C型肝炎検査 □046. 骨密度検査 ※40歳以上 ☑040. 腹部エコー検査 ※必須 □039. 大腸内視鏡検査 ※45歳以上 □048. 前立腺がん検査(PSA) ※男性(50歳以上)のみ □332. 眼底検査 ※40歳以上 □339. [ABC検査] ペプシノゲン+ピロリ菌検査※1

※1 [ABC検査]ペプシノゲン+ピロリ菌検査の補助は当健保加入後1人1回限りです。

【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	(例) カタカナ / ハナコ (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	□❶はい (条件1と条件2を両方満たす)	□❷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 (❶❷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	

【4】[ABC検査]ペプシノゲン+ピロリ菌検査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)を飲んでいますか。(服用中もしくは2ヵ月前以内に服用していた者)	□はい	□いいえ
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

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。

(キリトリ線)コピーしてご利用ください