

# 健診概要



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

必ずお読みください

## 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。
  - ①施設健診②巡回健診③かかりつけ医、いずれか1つの受診となります。③かかりつけ医で受診される方はKENPOSより精算方法をご確認ください。
  - 2022年4月1日現在、健康保険組合に加入していること
  - 受診日に健康保険組合に加入していること
- ※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。

## 受診対象者・健診コース

受診対象者			健診コース		オプション検査		
加入区分	制度区分	年齢	名称	自己負担金額	名称	自己負担金額(税込み)	
被保険者	任意継続	0歳～75歳	イーウェル 一般健診 A1 コース	※ 1	腹部エコー検査 必須	※ 1	
					子宮頸部細胞診検査 ※ 2 ※ 女性のみ	6,600円を超えた金額	どちらか一方
					郵送によるHPV検査(自己採取型) ※ 2 ※ 女性のみ	自己負担なし	
					マンモグラフィ ※ 女性のみ	どちらか一方で	
					乳房エコー検査 ※ 女性のみ	8,250円を超えた金額	
					胃部X線検査 ※ 40歳以上	どちらか一方で	
					胃部内視鏡検査 ※ 40歳以上	14,300円を超えた金額	
					大腸内視鏡検査 ※ 45歳以上	19,800円を超えた金額	
					眼底検査 ※ 40歳以上	2,200円を超えた金額	
					前立腺がん検査 (PSA) ※ 50歳以上の男性のみ	2,750円を超えた金額	
被扶養者	一般 任意継続	配偶者は 75歳まで 配偶者以外は 40歳～75歳 まで	イーウェル 一般健診 A1 コース	※ 1	[ABC検査]ペプシノゲン+ピロリ菌検査 ※補助は、当健保加入後1人1回限りです。	5,500円を超えた金額	
					C型肝炎検査	2,530円を超えた金額	

※1:腹部エコー検査は必須項目となります。

イーウェル一般健診A1コース+腹部エコー検査の合計22,000円(税込み)を超えた金額は自己負担となります。

※2:今年度より、子宮頸がんのリスク検査となる「郵送によるHPV検査(自己採取型)」を導入します。「子宮頸部細胞診検査」とどちらか一方をお選びください。

なお、「郵送によるHPV検査(自己採取型)」の詳細・お申し込みについてはファイザー健保ホームページ「お知らせ」をご覧ください。

また、「子宮体がん」の検診を希望する場合は、全額自己負担となります。(イーウェルへの申請は不要です)



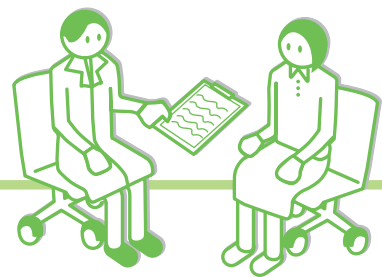
注意事項

- 子宮頸部細胞診検査と郵送によるHPV検査(自己採取型)はどちらか一方を受診してください。  
HPV検査の詳細・申し込みはファイザー健保ホームページの「お知らせ」をご覧ください。
- マンモグラフィ・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。
- 胃部X線検査・胃部内視鏡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、胃部X線検査の検査費用は全額自己負担となります。
- 自己負担金につきましては、上記補助内容に従って計算してください。

尚、(株)イーウェルから届く

『受診券(スマートフォンの場合は完了メール)』に自己負担金が記載されます。

# 検査項目



## 健診コース

※検査項目の詳細は健診機関によって異なる場合がございます。

検査項目		健診コース名称	イーウェル一般健診A1コース	
診察	問診	問診票(特定健診必須4項目含む)	●	
	理学所見	既往歴・業務歴	●	
		自覚症状	●	
		他覚症状	●	
身体測定等	身長	●		
	体重	●		
	BMI	●		
	腹囲	●		
	血圧	●		
	視力	●		
胸部検査	胸部X線検査(直接)	●		
	喀痰検査	□		
聴力	オーディオメーター(1000/4000)	●		
尿検査	尿糖(US)	●		
	尿蛋白	●		
	尿潜血	●		
	ウロビリノーゲン	●		
血液検査	血液一般	赤血球(RBC)	●	
		血色素(Hb)	●	
		ヘマトクリット(Ht)	●	
		血小板数(PLT/PL)	●	
		赤血球色素量(MCH)	●	
		赤血球色素濃度(MCHC)	●	
		赤血球容積(MCV)	●	
		白血球(WBC)	●	
	生化学検査	脂質	総コレステロール(T-Chol)	●
			中性脂肪(TG)	●
			HDL-cho	●
			LDL-cho	●
		肝機能	GOT(AST)	●
			GPT(ALT)	●
腎機能	γ-GTP(GGT)	●		
	尿酸(UA)	●		
血糖	空腹時血糖(BS)	●		
	グリコヘモグロビンA1c(HbA1c)	●		
心電図検査	12誘導	●		
眼検査	眼底検査(片眼以上)	□		
便潜血検査	2回法	●		

【 ● 】…必須の検査項目 【 □ 】…医師の判断に基づき、選択的に実施する項目

※健診機関の実施内容に基づきます。 ※眼底検査はオプション検査として受診すると2,200円(税込み)までは健保より補助されます。

## オプション検査

検査項目	健診コース名称	イーウェル一般健診A1コース
腹部エコー検査		○ 必須
子宮頸部細胞診検査		○
マンモグラフィ		○
乳房エコー検査		どちらか一方を実施
胃部X線検査		○
胃内視鏡検査		どちらか一方を実施
大腸内視鏡検査		○
眼底検査		○
前立腺がん検査(PSA)		○
[ABC検査]ペプシノーゲン+ピロリ菌検査		○
C型肝炎検査		○

【 ○ 】…選択可能項目

健診概要

申込から受診までの流れ

受診券発行依頼書

# 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

#### 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 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。

#### 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。

#### ⑥ 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** 左記のFAX番号がご利用いただける場合は【03-6659-7900】までお送りください。

2022年度 受診券発行依頼書 88216

※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、以下欄目に記入した記入の上、FAXまたは郵送で株イーウェルまでお送りください。

健診機関へお電話でのご予約はお済みですか?  
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

1 健診機関コード 受診予約日時

2 受診者様情報をご記入ください

3 保険証記号・番号

4 カナ氏名 生年月日

5 住所・日中連絡先・FAX番号

6 事前問診

※1[AFC検査]ペプシンゲン抗体陽性検査の補助は当健診機関1人1日限りです。

※2[FAX番号]を記入した場合、受診券はFAXにて発行させていただきます。

※3[AFC検査]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 血糖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。  はい  いいえ

⑤ 現在、飲酒に当たっている場合は、1日100g以上、又は6ヶ月以上飲んでいる者(最近1ヵ月間も飲んでいる者)  はい  いいえ

⑥ 生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば利用しますか。  はい  いいえ

※7[AFC検査]ペプシンゲン抗体陽性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 心臓病の発症診断を受けたことがありますか。  はい  いいえ

② 食道や胃、十二指腸の癌が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病状を受けていますか。  はい  いいえ

④ 胃腸分述前時間(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 腎臓病がありますか。(自己測定値が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  
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日程要しますので予めご了承ください。

#### 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

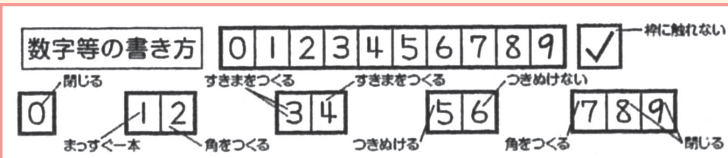
日中連絡が可能な電話番号をご記入ください。(株)イーウェルや健診機関からご連絡を差し上げる場合がございます。

《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。

## 2022年度 受診券発行依頼書

88216

※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(株)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	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	時	分	分	分	分	分	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					
	<input checked="" type="checkbox"/> 014. イーウェル 一般健診A1コース					<input type="checkbox"/> 031. 子宮頸部細胞診検査 ※女性のみ <input type="checkbox"/> 032. マンモグラフィ ※女性のみ <input type="checkbox"/> 033. 乳房エコー検査 ※女性のみ <input type="checkbox"/> 034. 胃部X線検査 ※40歳以上 <input type="checkbox"/> 035. 胃部内視鏡検査 ※40歳以上 <input type="checkbox"/> 042. C型肝炎検査 <input checked="" type="checkbox"/> 040. 腹部エコー検査 ※必須 <input type="checkbox"/> 039. 大腸内視鏡検査 ※45歳以上 <input type="checkbox"/> 048. 前立腺がん検査(PSA) ※男性(50歳以上)のみ <input type="checkbox"/> 332. 眼底検査 ※40歳以上 <input type="checkbox"/> 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	<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	<input type="text"/>
	(セイ)	(メイ)									
住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>				都道府県						
日中連絡先	<input type="text"/>	<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※	<input type="text"/>	<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			

※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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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、「合計100本以上、又は6か月以上吸っている者」であり、最近1か月間も吸っている者)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑤ 生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば利用しますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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か月前以内に服用していた者)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑤ 胃の切除手術を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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

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