

巡回健診



健康診断事務委託先／(株)イーウェル

お問合せ先

(株)イーウェル
健康サポートセンター  **0570-057093** (受付時間) 9:30～17:30
(休業日) 日曜・祝日・12/29～1/4

上記番号がご利用いただけない場合は[050-3850-5752]をご利用ください。

※個人情報保護の観点から、健康診断を受診されるご本人様以外からのお問合せは受付しておりません。

健診概要

申込から受診までの流れ

巡回健診予約申込書



～2026年度巡回健診 オリジナル検査項目のご案内～

2026年度も自己負担で実施ができるオプション検査項目をご用意しております。

眼 眼底検査 2,500円 (税込)



採血無し・眼底機械で撮影

眼の奥の網膜を撮影することで緑内障や網膜剥離、眼底出血などの目の病気や動脈硬化の進み具合を調べます。

※一部実施できない会場があります。

動脈硬化 ロックス・インデックス検査 13,000円 (税込)



採血有・健診採血項目にて受診可

動脈硬化の進行から、将来の脳梗塞や心筋梗塞の発症までを予測できる検査です。

消化器系 腫瘍マーカー① (AFP・CEA・CA19-9) 4,950円 (税込)



採血有・健診採血項目にて受診可

AFP：肝臓がん、肝硬変で高値を示します。

CEA：食道がん、胃がん、大腸がん等の消化器系がん、肺がん、乳がんなどで高値を示します。

CA19-9：膵臓がんをはじめ、胆道がん、胃がん、大腸がんなど、主に消化器のがんで高値を示します。

婦人科系 腫瘍マーカー② (CA125・CA15-3) 3,800円 (税込)



採血有・健診採血項目にて受診可

CA125：卵巣や子宮などの婦人科系のがんの腫瘍マーカーです。子宮内膜症や卵巣嚢腫などでも高値を示すことがあります。

CA15-3：おもに乳がんの上昇します。子宮筋腫や子宮内膜症でも上昇することがあります。※妊娠中でも高値になることがあります。

冠動脈疾患リスク sd-LDL-C検査 4,500円 (税込)



採血有・健診採血項目にて受診可

sd-LDL-Cは血管壁に入り酸化され有毒化し、プラーク原因物質【動脈硬化や血管のつまりを起こす】になります。

心不全リスク NT-proBNP検査 2,500円 (税込)



採血有・健診採血項目にて受診可

NT-proBNPは、心臓から分泌されるホルモンの一種で心臓機能が低下し心臓への負担が大きくなるほど数値が高くなります。

アレルギー 39種アレルギー検査 9,800円 (税込)



採血有・健診採血項目にて受診可

39種の中からアレルギーの原因を調べます。

申込方法：当日申込となります。受診票に申込書を同封致しますので、希望検査をご記入の上、当日ご持参ください。

その他ご不明な点がありましたら、受診先の医療機関にお問い合わせください。

※イーウェル健康サポートセンターにお問い合わせ頂いても、対応できかねます。

引き換え券を
お忘れなく

～ クオカードのプレゼントキャンペーン ～

2025年度に巡回健診を受けた方へクオカードをプレゼントします！

2025年度に巡回健診にてご受診いただいた方全員に

2026年度の健診会場でチケットと引き換えにその場でプレゼント！！

※チケットは2025年度の巡回健診の健診結果に同封しております。

※2026年度健診受診時に、チケットをお忘れの場合はプレゼントのご提供ができませんので
当日お忘れのないようご注意ください。



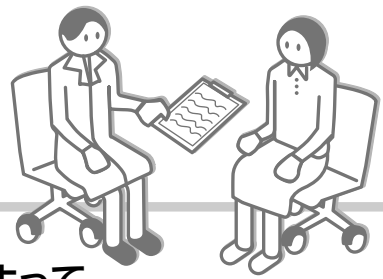
巡回健診を受診



巡回会場にてチケットと引き換えにその場でクオカードをプレゼント！

キャンペーンに関するお問い合わせ：株式会社イーウェル TEL：0570-057093

健診概要



予約期間

2026年5月13日～ 会場によって
締切日が異なります

受診期間

会場によって
開始日が異なります～2027年3月31日



注意事項

- 上記期間以外での「予約」「受診」は出来ません。
- 健診会場により、申込締切日が異なりますので、ご注意ください。
- 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。
- 健診会場の中止・実施日変更が発生の場合、発生時期によってはご所属の健康保険組合の指定の受診期間内でご受診できない可能性があります。受診期間内で受診頂けるよう、お早めのお申込・ご受診をおすすめします。

※年齢は2027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。

健診コース

| 健診コース名称 | イーウェル 特定健診 コース | イーウェル 一般健診A1 コース | 健診コース名称 | イーウェル 特定健診 コース | イーウェル 一般健診A1 コース |
|---------------|----------------------|------------------------|---------|----------------------|------------------------|
| 自己負担金額 | なし | なし | 自己負担金額 | なし | なし |
| 検査項目 | | | 検査項目 | | |
| 身体測定等 胸部検査 | 問診・理学所見 | ● | 血液一般 | 赤血球容積 | ● |
| | 身長／体重 | ● | | 白血球(WBC) | ● |
| | BMI | ● | 脂質 | 総コレステロール | ● |
| | 腹囲 | ● | | 空腹時中性脂肪 | ● |
| | 血圧 | ● | | HDL(cho) | ● |
| | 視力 | ● | | LDL(cho) | ● |
| | 胸部X線検査(間接) | ● | 肝機能 | GOT | ● |
| 聴力 | ● | GPT | | ● | |
| | ● | γ-GT(γ-GTP) | | ● | |
| 尿検査 | 尿糖 | ● | 腎機能 | 総蛋白 | ● |
| | 尿蛋白 | ● | | 尿酸 | ● |
| | 尿潜血 | ● | | 尿素窒素 | ● |
| | ウロビリノーゲン | ● | | 血清クレアチニン | ● |
| | ● | 血糖 | | 空腹時血糖 | ● |
| 血液一般 | 赤血球 | | ● | グリコヘモグロビンA1c | ● |
| | 血色素 | | ● | その他 | 心電図検査 |
| | ヘマトクリット | ● | 便潜血検査 | | ● |
| | 血小板数(PLT/PL) | ● | | | |
| | 赤血球色素量 | ● | | | |
| 赤血球色素濃度 | ● | | | | |

【●】…健診コース内での実施項目

オプション検査

| オプション検査名称 | 自己負担金 | オプション検査名称 | 自己負担金 |
|--------------------------|---|------------------------------|----------------|
| マンモグラフィ ■① | ■①・② 片方のみ両方でもオプション 合計¥3,000超過分は自己負担 | 胃部X線検査 | ¥2,000超過分は自己負担 |
| 乳房エコー検査 ■② | | [ABC検査]ペプシノーゲン+ピロリ菌検査 | ¥2,000超過分は自己負担 |
| HPV検査(自己採取) | ¥2,000超過分は自己負担 | 胃部X線検査+[ABC検査]ペプシノーゲン+ピロリ菌検査 | ¥2,000超過分は自己負担 |
| 便潜血検査(2回法) ※特定健診コース選択者のみ | ¥1,000超過分は自己負担 | 腹部エコー検査 | 全額自己負担 |
| 前立腺がん検査(PSA) ※50歳以上男性のみ | ¥1,000超過分は自己負担 | 骨密度検査 | 全額自己負担 |

※マンモグラフィ・乳房エコーは35歳より5歳毎は¥5,000超過分は自己負担



注意事項

- 上記以外のオプション検査を受診することは出来ません。
- 自己負担金の精算は事後振込(振込手数料は自己負担)となり、受診後に健診機関から振込用紙が届きます。なお、振込用紙は健診結果とは別に届く場合がございます。

健診概要

申込から受診までの流れ

巡回健診予約申込書



パソコン・スマートフォンの場合

STEP 1 | 会場・日程を えらぶ

WEB
(KENPOS)から
最新情報を
チェック



希望の会場・日程を選択

KENPOSにログインし、
「健診の申込/受診券発行」から検索。

健診概要から受診するコースとオプション検査をチェック



※写真はイメージです。



注意事項

健保HPIに掲載の健診会場リストに記載の情報は、作成時点での情報です。今後健診機関により、掲載されている内容が変更になる可能性があります。WEBでは最新の情報が確認できます。

STEP 2 | 日程・コースを 予約する



パソコンまたはスマートフォンで 健診予約申込を行う

① KENPOSの申込ページへ遷移した後、健診会場を選んで申込手続きを行ってください。



※写真はイメージです。

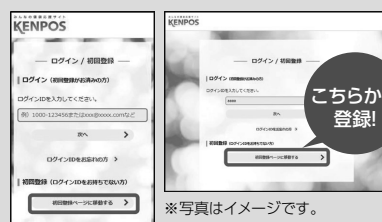
② 手続き後、1週間以内に(株)イーウェルから「手続き完了メール」が届きます。

※手続き完了後に日程・会場が変更になった場合は、登録のメールアドレスへ変更情報が通知されます。

! KENPOSの 初回登録がお済でない方は…

STEP1の前に
KENPOS (<https://www.kenpos.jp/>)に
アクセスし、初回登録を行ってください。

- ※お手元にマイナ保険証または資格確認書をご用意ください。
- ※予約開始日当日は午前10時から初回登録が可能です。
- ※健康保険証情報はマイナポータルサイトまたは資格確認書から確認できます。



※写真はイメージです。

! 申込の際の注意事項

[申込締切日]

- 各健診会場により、申込締切日が異なりますので、ご注意ください。
- 締切日が過ぎている会場に申込することは出来ません。

[定員超過]

- 各健診会場には受入可能な定員があり、お申込順に受付しております。
- 定員が超過している会場で受診することは出来ません。



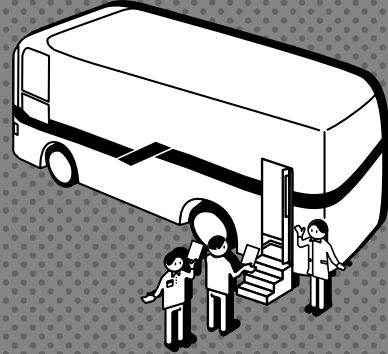
STEP 3 | 受診票がとどく



受診日の1～2週間前に
健診機関から
「受診票」を受け取る

- 1 健診機関から「受診票」等のご案内が届きます。
- 2 届いたら、受付時間等の内容を確認し、受診の準備をしてください。

STEP 4 | 健診をうける



健診会場で健康診断を受診

- 1 受診当日、以下のものを持参し、受診してください。

- 受診票
(健診機関から案内されたもの)
- 検体容器等
(健診機関から届いた場合)
- マイナ保険証または資格確認書

※受診後、約1ヶ月で健診機関から健診結果と
振込用紙(自己負担金のある場合)が届きます。

変更・キャンセルについて (パソコン・スマートフォンで健診予約申込を行った場合)

●受診項目の追加

会場ごとの申込締切日前 → KENPOSへログインし、手続きを行ってください。
会場ごとの申込締切日後 → 追加を承ることは出来ません。

●キャンセル(受診日・受診項目)

会場ごとの申込締切日前 → KENPOSへログインし、手続きを行ってください。
会場ごとの申込締切日後 → 予約会場の健診機関と(株)イーウェルへ直接連絡してください。
(HPに掲載の健診会場リストの「健診機関お問合せ先一覧」参照)

●会場の変更

会場ごとの申込締切日前 → 申込内容をキャンセルの上、再度「申込」の手続きを行ってください。
会場ごとの申込締切日後 → (株)イーウェルへ電話連絡して「変更」の手続きを行ってください。



[申込から受診までの流れ]

FAX・郵送の場合



会場申込締切日の2週間
以上前に手続きが必要

STEP 1

会場・日程を えらぶ



健保HPに掲載の 健診会場リストから 希望の会場・日程を選択

健診概要から受診するコースと
オプション検査をチェック



注意事項

健保HPに掲載の健診会場リストに記載の情報は、作成時点での情報です。今後健診機関により、掲載されている内容が変更になる可能性があります。WEBでは最新の情報が確認できます。

STEP 2

巡回健診予約申込書に 記入する



本冊子の 「巡回健診予約申込書」に 記入

FAX 送信先 **0570-057021** (03-6659-7900)

《巡回健診専用》
2026年度 巡回健診予約申込書 **88641**

■注意事項
※本冊子の申込書は個人情報の取り扱いについてご留意の上、お申し込みください。
※欄外に記入された連絡先に関する返信は出来ません。

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。

[1] ① 希望の健診会場を記入ください。 ※巡回健診コードは会場リストを参照ください。
巡回健診コード
巡回健診日
② 希望の健診日
③ 希望の健診内容

④ 健診コース
⑤ オプション検査
⑥ 保険会社
⑦ 保険種別
⑧ 保険証番号
⑨ カネ名
⑩ 性別
⑪ 年齢
⑫ 住所
⑬ FAX番号
⑭ 連絡先
⑮ 受付時間
⑯ 受付曜日
⑰ 受付時間
⑱ 申込書に添付されている申込書は、必ずお読みください。
⑲ 申込書に添付されている申込書は、必ずお読みください。

株イーウェル 1137-8691 日本郵政株式会社 郵便局郵便局郵便局郵便局郵便局
(株)イーウェル 健診予約センター(健診予約申込書)
郵送の申請書は必ず封筒に入れてお送りください。

※画像はイメージです。

変更・キャンセルについて

●受診項目の追加

会場ごとの申込締切日前→(株)イーウェルへ電話連絡して「追加」の手続きを行ってください。
会場ごとの申込締切日後→追加を承ることは出来ません。

●キャンセル(受診日・受診項目)

会場ごとの申込締切日前→(株)イーウェルへ電話連絡して「キャンセル」の手続きを行ってください。
会場ごとの申込締切日後→予約会場の健診機関と(株)イーウェルへ直接連絡してください。
(健保HPに掲載の健診会場リストの「健診機関お問い合わせ先一覧」参照)

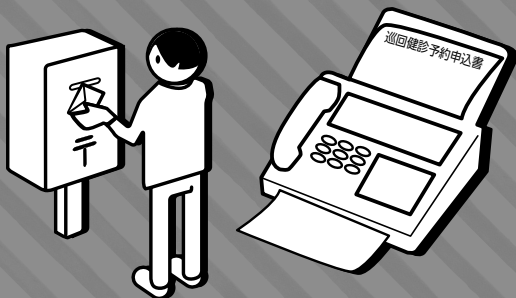
FAX:0570-057021

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。

[郵送先]〒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

STEP 3

巡回健診予約申込書をおくる



(株)イーウェルへ「巡回健診予約申込書」を送る

- ①FAXまたは郵送にて(株)イーウェルへ送付してください。
- ②送付後、2週間以内に(株)イーウェルから、FAXまたは郵送で「申込結果通知書」が届きます。

※FAX番号を記入された場合、FAXでの送付となります。

FAX:0570-057021

上記の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。

[郵送先] 〒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。

！ 申込の際の注意事項

[申込締切日]

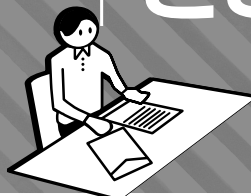
- 各健診会場により、申込締切日が異なりますので、ご注意ください。
- 締切日が過ぎている会場に申込することは出来ません。

[定員超過]

- 各健診会場には受入可能な定員があり、お申込順に受付しております。
- 定員が超過している会場で受診することは出来ません。

STEP 4

受診票がとどく



受診日の1~2週間前に 健診機関から「受診票」を受け取る

- ①健診機関から「受診票」等のご案内が届きます。
- ②届いたら、受付時間等の内容を確認し、
受診の準備をしてください。

STEP 5

健診を うける



健診会場で健康診断を受診

- ①受診当日、以下のものを持参し、受診してください。

- 受診票 (健診機関から案内されたもの)
- 検体容器等 (健診機関から届いた場合)
- マイナ保険証または資格確認書

※受診後、約1ヶ月で健診機関から健診結果と振込用紙
(自己負担金のある場合)が届きます。

健診概要


申込から受診までの流れ

(FAX・郵送で健診予約申込を行った場合)

※日程変更をされる際は、余裕をもった日時で予約をしてください。

●会場の変更

申込内容を確認の上、申込締切日までに(株)イーウェルへ電話連絡して「変更」の手続きを行ってください。
(株)イーウェルへ電話連絡する際は、健保HPに掲載の健診会場リストに記載されている5桁の会場コードもあわせて
お伝えください。

ご連絡先 (株)イーウェル 健康サポートセンター  **0570-057093**
《受付時間》9:30~17:30 《休業日》日曜・祝日・12/29~1/4

※上記番号がご利用いただけない場合は[050-3850-5752]をご利用ください。

※個人情報保護の観点から、健康診断を受診されるご本人様以外からのお問合せは受付していません。

巡回健診予約申込書

よくあるお問合せ

健診会場の 変更、中止について

受診内容・申込について

Q 『巡回健診予約申込書』に記載されていない健診コース・オプション検査の選択は可能でしょうか？

A 選択することは出来ません。

『巡回健診予約申込書』に記載されている健診コース・オプション検査のみ受診することが可能です。

Q 申込結果通知書に「予約不成立」と記載されていました。どうしたらいいですか？

A 改めてお申込ください。

巡回健診予約申込書がお手元にはない場合は(株)イーウェルまでお問合せください。

Q 保険証記号・番号の確認方法を教えてください。

A 健康保険証情報はマイナポータルサイトまたは資格確認書から確認できます。

確認できない場合は、健康保険組合へお問合せください。

Q 受診当日は、何時に受付を行えばいいのでしょうか？

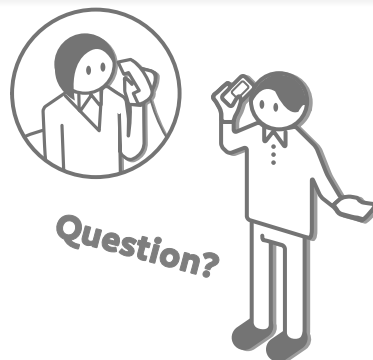
A 健診機関から届く受診票をご確認ください。

受付時間に関してご不明な点がある場合は、健診機関へお問合せください。連絡先は、健保HPに掲載の健診会場リストの『健診機関お問合せ先一覧』をご参照ください。

Q 健診機関から受診票が届かない場合、どこに問合せすればいいのでしょうか？

A 健診機関へお問合せください。

受診する健診会場を担当している健診機関へお問合せください。連絡先は、健保HPに掲載の健診会場リストの『健診機関お問合せ先一覧』をご参照ください。



健診会場の変更・中止について

止むを得ない事由により、健診会場によっては以下のことが発生する場合がございます。

健診会場の中止

健診実施日の変更

実施場所の変更

など

お申込み後に変更・中止が発生した場合、巡回機関もしくは、(株)イーウェルよりご連絡します。

健診会場の中止・実施日変更が発生の場合、発生時期によってはご所属の健康保険組合の指定の受診期間内でご受診できない可能性があります。

受診期間内で受診頂けるよう、お早めのお申込・ご受診をおすすめします。

個人情報のお取り扱いについて

所属団体における個人情報の取り扱いについて

取得した個人情報(お申込者の氏名、住所、電話番号、生年月日、メールアドレス、所属団体、保険証記号・番号等、以下「個人情報」といいます。)は、以下の目的のみに利用し、利用目的の達成に必要な範囲を超えて利用することはありません。

- ・ご利用いただく健康支援サービス(健康診断の手配及び実施、健康の保持・増進活動、健診受診勧奨、通院勧奨並びに特定保健指導等を含みます。)の提供

個人情報は、健康診断及び特定保健指導等の手配、通院勧奨その他上記利用目的のため、安全対策(パスワード等)を施した上で、メール添付・ウェブサイト経由、FAX、郵・配送等の方法にて、株式会社イーウェルを通じて、健診機関、特定保健指導会社及び通院勧奨機関に第三者提供致します。

上記利用目的の範囲内で、個人情報の取扱いを外部へ委託する場合がございます。委託にあたっては、当団体基準で評価し合致した企業を選定し委託致します。

個人情報に関する苦情・ご相談は、所属団体問合せ窓口までお願い致します。

健診機関における個人情報の取り扱いについて

取得した個人情報(お申込者の氏名、住所、電話番号、生年月日、メールアドレス、所属団体、保険証記号・番号等)は、以下の目的のみに利用し、利用目的を超えて利用することはありません。

- ・健康診断の実施

所属団体への報告のため、健康診断結果を、安全対策(パスワード等)を施した上で、ウェブサイト経由、FAX、郵・配送等の方法にて、株式会社イーウェルを通じて所属団体に第三者提供致します。

上記利用目的の範囲内で、個人情報の取扱いを外部へ委託する場合がございます。委託にあたっては、当機関基準で評価し合致した企業を選定し委託致します。

個人情報に関する苦情・ご相談は、健診機関問合せ窓口までお願い致します。

以上

個人情報のお取り扱い

受診券発行依頼書

巡回健診予約申込書

巡回健診予約申込書の記入方法

[FAX・郵送の場合]

「巡回健診予約申込書」の全ての項目を漏れなくご記入ください。

記入方法

FAX送信先 **0570-057021** FAXの到着確認は送信後2〜3日かかります。加印済みの郵便物ではお問い合わせがない場合は【03-6659-7900】までお問い合わせください。

〈巡回健診専用〉
2026年度 巡回健診予約申込書 **88641**

■注意事項 ※お申込の際は案内の「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または郵送でイーウェルまでお送りください。 記入日 年月日

1 希望の健診会場をご記入ください。 ※健診会場コードは健康保険組合の健診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 年月日
※健診会場コードが印で記入されていない場合、当日受付ができません場合があります。

2 希望の健診内容をご記入ください

| 健診コース | オプション検査 |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 013. イーウェル特定健診コース | <input type="checkbox"/> 032. マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 040. 腰痛エコー検査 |
| <input type="checkbox"/> 014. イーウェル一般健診A1コース | <input type="checkbox"/> 033. 乳腺エコー検査 <input type="checkbox"/> 044. 痔瘻由検査 |
| | <input type="checkbox"/> 052. HPI検査(自己採取) <input type="checkbox"/> 046. 骨密度検査 |
| | <input type="checkbox"/> 034. 胸部X線検査(胸野) <input type="checkbox"/> 048. 前立腺がん検査(PSA) |
| | <input type="checkbox"/> 339. [ABC検査] <input type="checkbox"/> 049. ペアリングA+B1ロリ患検査 |

3 受診者様情報をご記入ください

所属団体コード **7105** 保険証記号
所属団体名 **シチズン健康保険組合** 保険証番号

4 カナ氏名 (姓) (名) (セイ) (メイ) 生年月日 (西暦) 年月日

住所 〒-- 番 路 丁目 番 号 号

5 日中連絡先 ※1 ----- 連絡可能 時間帯 午前12:00~午後1:00 午後1:30~午後5:00 その他
FAX番号 ※2 ----- 時間帯 午前 午後 その他

6 健康・習慣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せんか。 はい いいえ
2 シスリン系抗血栓薬又は血腫を下げる薬を飲んでいませんか。 はい いいえ
3 ストロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいませんか。 はい いいえ
4 現在、または過去に糖尿病に罹っていますか。 はい いいえ (過去1年以内に罹っている) はい いいえ (過去1年以上経過している) はい いいえ (過去2年以上経過している) はい いいえ (過去2年以上経過している) はい いいえ
5 生活習慣の改善について、これまでに特定健康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 東京都郵便部郵便私書箱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。

1 希望会場
ご希望の健診会場コード・健診実施日をご記入ください。

2 健診コース・オプション検査
ご希望の健診コース・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。

3 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。

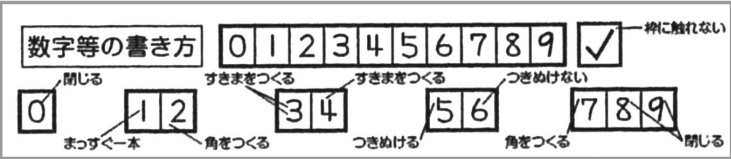
5 住所・日中連絡先・FAX番号
日中連絡が可能な電話番号をご記入ください。(株)イーウェルや健診機関からご連絡を差し上げる場合がございます。

《FAX番号の記入あり》
ご記入いただいたFAX番号へFAXで「申込結果通知書」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「申込結果通知書」を郵送いたします。

ご記入時の注意事項

巡回健診予約申込書は、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・郵送での健診予約申込の際、以下のケースが多く発生しております。巡回健診予約申込書にご記入の際、くれぐれもご注意ください。

- ✓ **健診会場の健診会場コードが異なっている**
健保HPに掲載の「健診会場リスト」に記載されている健診会場コードをよくご確認いただき、ご記入ください。
- ✓ **申込締切日が過ぎている健診会場が記載されている**
申込締切日が過ぎている健診会場に申込することは出来ません。「健診会場リスト」に記載されている申込締切日(必着)をご確認いただいた上でご記入ください。

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。

〈巡回健診専用〉

2026年度 巡回健診予約申込書

88641

■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 ※健診会場コードは健保HP掲載の健診会場リストをご確認ください。

| | | | | | | | | | | | |
|---------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------|----------------------|----------------------|---|----------------------|---|
| 健診会場コード | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 健診実施日 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 月 | <input type="text"/> | 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 | |
|---|--|---------|--|
| | <input type="checkbox"/> 013. イーウェル特定健診コース <input type="checkbox"/> 014. イーウェル一般健診A1コース | | <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"/> 052. HPV検査(自己採取) ※女性のみ <input type="checkbox"/> 034. 胃部X線検査(間接) <input type="checkbox"/> 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 | 7105 | 保険証記号 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 所属団体名 | シチズン健康保険組合 | 保険証番号 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <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) | | | | | | | |

| | | |
|----|---|------------------|
| 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(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せんか。 | <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せんか。 | <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せんか。 | <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、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 | <input type="checkbox"/> ①はい (条件1と条件2 を両方満たす) | <input type="checkbox"/> 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) | <input type="checkbox"/> 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。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | |

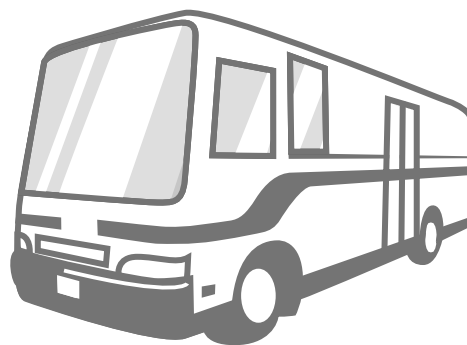
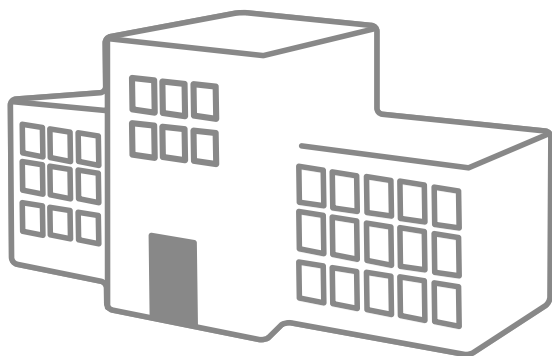
受診券発行依頼書

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

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。



健康診断から始まる、
安心して笑顔の毎日。

健康診断事務委託先／(株)イーウェル

(株)イーウェル健康サポートセンター

〈受付時間〉9:30～17:30

〈休業日〉日曜・祝日・12/29～1/4

施設健診
お問合せ先



0570-057091

上記番号がご利用いただけない場合は
[050-3850-5750]をご利用ください。

巡回健診
お問合せ先



0570-057093

上記番号がご利用いただけない場合は
[050-3850-5752]をご利用ください。

※個人情報保護の観点から、健康診断を受診されるご本人様以外からのお問合せは受付しておりません。

※本冊子記載のナビダイヤルは一般回線に着信し、着信地までの通話料はお客様のご負担となります。

