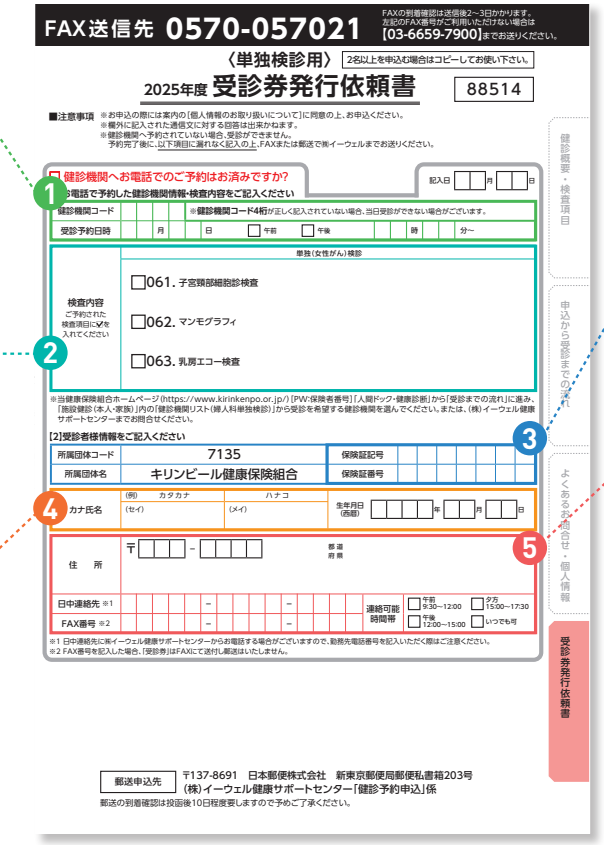
受診券発行依頼書の記入方法
[FAX・郵送の場合]

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


FAX送信先 0570-057021
FAXの到着確認は送信後2～3日かかります。
万一の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。
〈単独検診用〉 2名以上を申込む場合はコピーしてお使い下さい。
2025年度 受診券発行依頼書 88514
■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?
記入日 月 日
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
※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～
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(女性がん)検診
061. 子宮頸部細胞診検査
062. マンモグラフィ
063. 乳房エコー検査
※当健康保険組合ホームページ(https://www.kirinkenpo.or.jp/)[PW:保険者番号][人間ドック・健康診断]から[受診までの流れ]に進み、「施設健診(本人・家族)」内の「健診機関リスト(婦人科単独検診)」から受診を希望する健診機関を選んでください。または、(株)イーウェル健康サポートセンターまでお問合せください。
[2]受診者様情報をご記入ください
所属団体コード 7135
所属団体名 キリンビール健康保険組合
保険証記号
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 ※1
FAX番号 ※2
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
※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にて送付し郵送はいたしません。
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。
健診概要・検査項目
申込から受診までの流れ
よくあるお問合せ・個人情報
受診券発行依頼書

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 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。

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。

2名以上申込む場合はお手数ですが、コピーしてお使い下さい

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

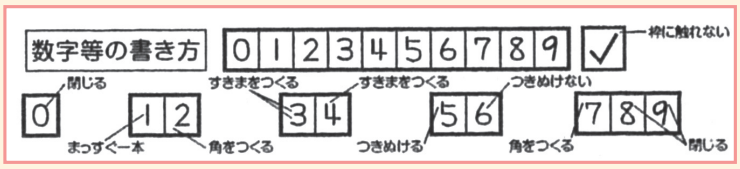
日中連絡が可能な電話番号をご記入ください。(株)イーウェルや健診機関からご連絡を差し上げる場合がございます。

《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。

〈単独検診用〉 2名以上を申込む場合はコピーしてお使い下さい。

2025年度 受診券発行依頼書

88514

■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	□□□□	※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～

	単独（女性がん）検診
検査内容 ご予約された検査項目に☑を入れてください	□061. 子宮頸部細胞診検査 □062. マンモグラフィ □063. 乳房エコー検査

※当健康保険組合ホームページ（https://www.kirinkenpo.or.jp/）［PW:保険者番号］「人間ドック・健康診断」から「受診までの流れ」に進み、「施設健診（本人・家族）」内の「健診機関リスト（婦人科単独検診）」から受診を希望する健診機関を選んでください。または、（株）イーウェル健康サポートセンターまでお問合せください。

【2】受診者様情報をご記入ください

所属団体コード	7135	保険証記号	
所属団体名	キリンビール健康保険組合	保険証番号	

カナ氏名	（例） カタカナ （セイ）	ハナコ （メイ）	生年月日（西暦） □□□□年□□月□□日

住　所	〒□□□－□□□□ 都道府県		
日中連絡先 ※1	□□□□□－□□□□－□□□□	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 ※2	□□□□□－□□□□－□□□□		

※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。

〈キリトリ線〉コピーしてご利用ください

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

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。