

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

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

① 健診機関コード・受診予約日時

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

実際に受診される方の情報をご記入ください。

FAX送信先 **0570-057021** FAXの到着確認は発送後2〜3日かかります。万一のFAX発行が正常に行われていない場合は【03-6659-7900】までお問い合わせください。

(単独婦人科がん検診用)
2026年度 受診券発行依頼書 88614

■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」に同意のうえ、お申込みください。
※欄外に記入された通信文に対する回答はいたしかねます。
※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、以下項目を漏れなく記入のうえ、FAXまたは郵送でイーウェルまでお送りください。

健診機関への電話予約はお済みですか?
電話予約した健診機関情報・検査内容をご記入ください

1 健診機関コード 受診予約日時 記入日

2 検査内容
 061. 子宮頸部細胞診検査
 062. マンモグラフィ ※乳房造影検査の場合は、マンモグラフィと乳がんエコーの合計で上限6,000円まで検査料が適用されます。
 063. 乳房エコー検査

3 受診者様情報をご記入ください

4 カナ氏名 (姓) カタカネ (名) ハナコ 生年月日 (西暦) 年 月 日

5 住所 〒 - 番 号

日中連絡先 ① 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場合がございます。
※2 FAX番号を記入いただいた場合、「受診券」はFAXにて発行いたします。

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
郵送の到着確認は発送後10日程度要しますので予めご了承ください。

送付前にもう一度確認!



③ 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あります。

《FAX番号の記入あり》

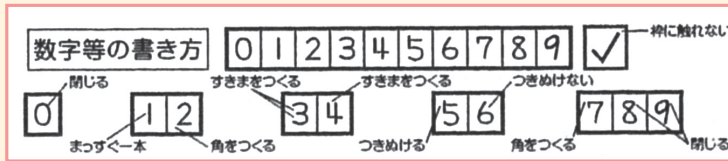
記入いただいたFAX番号へFAXで「受診券」を送付します。

《FAX番号の記入なし》

記入いただいたご住所へ「受診券」を郵送します。

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。なお、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いたし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記入の際はご注意ください。
- 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予約された後に、受診券発行依頼書を記入・送付ください。
- 健診機関のコードが異なっている**
健診機関コードが分からない方は、日本生命健保HPIに搭載の「健診機関リスト」をご確認いただくか、イーウェル健康サポートセンターまでお問合わせのうえ、ご記入ください。
- 受診予約日時が誤っている**
健診機関への予約時に確定した受診予約日時をご記入ください。
※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」にご同意のうえ、FAXまたは郵送にてお申込ください。

〈単独婦人科がん検診用〉

2026年度 受診券発行依頼書

88614

- 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】に同意のうえ、お申込みください。
※欄外に記入された通信文に対する回答はいたしかねます。
※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、以下項目を漏れなく記入のうえ、FAXまたは郵送で㈱イーウェルまでお送りください。

健診機関への電話予約はお済みですか?

記入日 月 日

【1】電話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 予約された 内容に☑を 入れてください	単独婦人科がん検診										
	<input type="checkbox"/> 061. 子宮頸部細胞診検査										
	<input type="checkbox"/> 062. マンモグラフィ	両方受診する場合は、マンモグラフィと乳房エコーの合算で上限6,000円まで健保補助が適用されます。									
	<input type="checkbox"/> 063. 乳房エコー検査										

- ※診察料・文書料が別途かかる健診機関がございます。その場合、診察料、文書料にかかる費用は、全額自己負担(窓口支払)となりますので必ず予約時に健診機関へご確認ください。
※婦人科がん検診については年1回の補助対象となります。
※健診機関コードが分からない方は、日本生命健保HPをご確認いただくか、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

※数字は右詰めでご記載ください。

所属団体コード	7404	記号(4ケタ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
所属団体名	日本生命健康保険組合	番号(7ケタ)	<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"/>	

住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	都道府県	<input type="text"/>
日中連絡先 ※1	<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="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番号を記入いただいた場合、「受診券」はFAXにて送付します(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。