

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

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の到着確認は送付後2-3日かかります。
なお、お名前や住所が不明な場合は、[03-6659-7900]までお送りください。

〈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」に同意のうえ、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いたしかねます。

以下項目を漏れなく記入のうえ、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 年 月 日

1 希望の健診会場を記入ください ※健診会場コードは会場リストをご覧ください。
 健診会場コード 健診実施日 年 月 日

※健診会場コードが記入されていない場合は、当日受付ができません。
 [2]に希望の健診内容を記入ください

健診コース	オプション検査
<input checked="" type="checkbox"/> 013. イーウェル特定期健診コース	<input type="checkbox"/> 032. マンモグラフィ ※女性のみ
	<input type="checkbox"/> 044. 便潜血検査
	<input type="checkbox"/> 033. 乳癌エコー検査 ※女性のみ
	<input type="checkbox"/> 038. ヒロシ糖検査
	<input type="checkbox"/> 052. HbA1c検査(自己採集) ※女性のみ
	<input type="checkbox"/> 040. 腰部エコー検査
	<input type="checkbox"/> 034. 胸部X線検査
	<input type="checkbox"/> 059. ペブシニゲン

※健診会場コードが分からない方は、日本生命健康サポートセンターまでお問合せください。

[3]受診者情報をご記入ください ※数字は右詰めでご記入ください。

所属団体コード	7404	記号(4ケタ)	
所属団体名	日本生命健康保険組合	番号(7ケタ)	

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

住 所 〒 --

日中連絡先 ※1 電話番号 --- 連絡可能時間帯 平日 9:30-12:00 夕方 15:00-17:30
 FAX番号 ※2 --- 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。勤務先電話番号を記入いただく場合はご注意ください。
 ※2 FAX番号を記入いただいた場合は、案内と併用2を両方入力する必要があります(間違いないでください)。

[4]健康状態についてご記入ください ※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心臓病や糖尿病は医師から診断されたことがありますか。 はい いいえ

③ステロイドや抗がん剤を服用する薬を飲んでいませんか。 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過去1週間が経過していないか、または過去2週間以上経過している。 はい いいえ

⑥過去1週間が経過していないか、または過去2週間以上経過している。 はい いいえ

⑦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

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。

1 希望会場

希望される健診会場コード・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

希望される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

現時点の状況にチェックしてください。

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「申込結果通知書」を送付します。

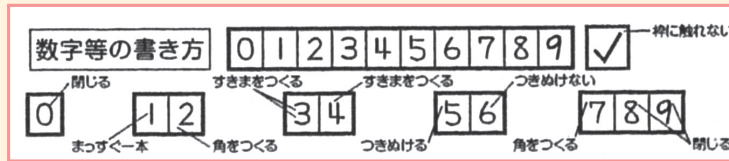
《FAX番号の記入なし》

記入いただいたご住所へ「申込結果通知書」を郵送します。



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。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記入の際はご注意ください。

健診会場の健診会場コードが異なっている

健診機関コードが分からない方は、日本生命健保HP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せのうえ、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できません。日本生命健保HPに搭載の「健診機関リスト」に記載されている申込締切日(必着)を確認いただいたうえでご記入ください。

案内の「個人情報のお取り扱いについて」にご同意のうえ、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[個人情報のお取扱いについて]に同意のうえ、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いたしかねます。

以下項目を漏れなく記入のうえ、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記入ください ※健診会場コードは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"/>	健診実施日	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	<input type="text"/>
---------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	-------	----------------------	---	----------------------	---	----------------------

※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記入ください

健診内容 希望される 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"/> 013. イーウェル特定健診コース	<input type="checkbox"/> 032. マンモグラフィ ※女性のみ	<input type="checkbox"/> 044. 便潜血検査
	<input type="checkbox"/> 033. 乳房エコー検査 ※女性のみ	<input type="checkbox"/> 038. ピロリ菌検査	
	<input type="checkbox"/> 052. HPV検査(自己採取) ※女性のみ	<input type="checkbox"/> 040. 腹部エコー検査	
	<input type="checkbox"/> 034. 胃部X線検査	<input type="checkbox"/> 059. ペプシノゲン	

※健診会場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。

[3]受診者情報をご記入ください

※数字は右詰めでご記入ください。

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)							

住所	〒 <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(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番号を記入いただいた場合、「申込結果通知書」はFAXにて送付します(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 ※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、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1:最近1か月間吸っている 条件2:生涯で6か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か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

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。