

# 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



## 〈施設健診専用〉

# 2026年度 受診券発行依頼書

88611

- 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。  
※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・健診内容をご記入ください

|                                      |                                                          |                                                  |                                                   |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 健診機関コード                              | <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                       |
| 健診内容<br>予約されたコース・<br>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"/> 031. 子宮頸部細胞診検査<br>※女性のみ | <input type="checkbox"/> 040. 腹部エコー検査<br>※生活習慣病以外 |
|                                      | <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<br>※女性のみ   | <input type="checkbox"/> 044. 便潜血検査<br>※特定健診のみ    |
|                                      | <input type="checkbox"/> 018. イーウェル生活習慣病健診1コース           | <input type="checkbox"/> 033. 乳房エコー検査<br>※女性のみ   | <input type="checkbox"/> 038. ピロリ菌検査              |
|                                      | <input type="checkbox"/> 020. イーウェル人間ドックAコース             | <input type="checkbox"/> 052. HPV検査<br>※女性のみ     | <input type="checkbox"/> 039. 大腸内視鏡検査             |
|                                      | <input type="checkbox"/> 034. 胃部X線検査<br>※特定・A1のみ         | <input type="checkbox"/> 057. 胸部X線検査<br>※特定健診のみ  |                                                   |
|                                      | <input type="checkbox"/> 035. 胃内視鏡検査<br>※特定・A1のみ         | <input type="checkbox"/> 059. ペプシノゲン             |                                                   |
|                                      | <input type="checkbox"/> 036. 胃内視鏡検査への変更<br>※生活習慣病・ドックのみ |                                                  |                                                   |

※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"/>                                                              |
| 所属団体名   | 日本生命健康保険組合       | 番号(7ケタ)     | <input type="text"/>                                                              |
| カナ氏名    | (例) カタカナ<br>(セイ) | ハナコ<br>(メイ) | 生年月日<br>(西暦) <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 |

|          |                                               |         |                                                                                |
|----------|-----------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 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㈱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)。

#### 【3】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。<br>※「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。<br>条件1:最近1か月間吸っている<br>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。