

被保険者の健診結果に関するお取り扱いについて

■被保険者の健診結果(法定健診項目)の事業所宛提供に関する同意について

(注:配偶者及び任意継続者の方は本事項については対象外となります。)

住商連合健康保険組合は、下記「利用範囲」に記載の内容を目的として加入事業所より求めがあった場合、従業員(被保険者)が受診された人間ドック健診結果の中から、定期健康診断等で受診必須となっている法定健診項目のみの結果を、システムを通じて事業所に提供し、事業所はこれを取得いたします。この内容に同意頂けない場合には、受診券発行依頼書内の<被保険者の健診結果に関するお取り扱いについて>の「同意する」欄は空白にしておいて下さい。

<利用する個人情報の内容および利用する者の範囲>

加入事業所:健康診断の結果(法定健診項目)、住所、メールアドレス、電話番号

<利用範囲>

- ①健康の保持・増進・保健指導、健康状態の把握
- ②健診データの分析・解析
- ③集計結果の報告、健康相談
- ④労基署への報告

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)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。

・ご利用いただく健康支援サービス提供の目的(健康診断の手配・健康の保持・増進活動、健診受診勧奨、特定保健指導等を含む)

個人情報について、健康診断及び特定保健指導等の手配のため、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、健診機関及び特定保健指導会社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いたします。

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いたします。

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。

お問合せ先

(株)イーウェル 健康サポートセンター



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。

受付時間：9:30～17:30 (休業日のご案内：日曜・祝日・12/29～1/4)

※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。
※本誌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。

健診予約申込書の記入方法

[FAX・郵送の場合]

「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。
 (株)イーウェルにて健診機関と日程調整を行い「受診券」を発行いたします。

記入方法

① 健診機関コード

ご希望の健診機関コードをご記入ください。

② 簡易申込

ご希望の範囲内で日程調整を行います。

- ◆いつでも可 ▶ 日程を問わず受診が可能な場合
- ◆曜日指定 ▶ 曜日に指定がある場合
- ◆時間指定 ▶ 時間帯に指定がある場合

④ オプション検査

ご希望のオプション検査にチェックしてください。

⑥ 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。

⑧ 事前問診

現時点のご状況にチェックしてください。

FAX送信先 **0570-057021** FAXの宛先番号は送信後2-3日かかります。上記のFAX番号をご利用いただけない場合は(03-6659-7900)までお呼びください。

《取次予約_人間ドック専用》
2026年度 健診予約申込書 88621

■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。

1 希望の内容をご記入ください
 健診機関コード 簡易申込 日時指定 ※1ヵ月以上先の日程を記入してください。

2 健診希望日
 月 火 水 木 金 土 日

3 時間指定
 第1希望 月 日 午前 午後 指定なし
 第2希望 月 日 午前 午後 指定なし
 第3希望 月 日 午前 午後 指定なし
 第4希望 月 日 午前 午後 指定なし
 第5希望 月 日 午前 午後 指定なし

4 健診内容
 020. イーウェル人間ドックAコース
 オプション検査
 031. 子宮頸癌細胞検査
 032. フェンチンファイ
 033. 乳房エコー検査
 036. 胸部内視鏡検査への変更

5 受診者様情報をご記入ください
 所属団体コード 7412 保険証等記号
 所属団体名 住商連合健康保険組合 保険証等番号

6 カナ氏名 (姓) カタカナ (名) ハナコ 生年月日 月 日 年

7 住所 〒 日中連絡先 ※1 FAX番号 ※2

8 医療従事者へのご記入
 1. 血圧を下げる薬を飲んでいますか。 2. エインスリン注射は血糖を下げる薬を飲んでいますか。 3. ストレスコントロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか。

※1 日中連絡先は(株)イーウェル健康サポートセンターから電話する場合がございますので、お電話先電話番号を記入いただく際はご注意ください。
 ※2 FAX番号は必ずしも通話料がかかるものではありません。

9 医療従事者へのご記入
 1. 血圧を下げる薬を飲んでいますか。 2. エインスリン注射は血糖を下げる薬を飲んでいますか。 3. ストレスコントロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか。

※1 血圧を下げる薬を飲んでいますか。 2. エインスリン注射は血糖を下げる薬を飲んでいますか。 3. ストレスコントロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか。

※2 1ヵ月以上前の予約はできません。 (※2025年)

※3 保険料者の健診結果に関するお取り扱いについてのご記載内容をご確認の上、「同意する」にチェックを入れてください。 ※被保険者のみ(任意継続者及び配偶者は除く)

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
 郵送の到着期日は投函後10日程後となりますので予めご了承ください。

③ 日時指定

※出来るだけ多くご記入ください。

ご希望の日時で日程調整を行います。「日時指定」と「簡易申込」両方ご記入いただいた場合は、「日時指定」に記載のある日程を優先させていただきます。

⑤ 保険証等記号・番号

実際にご受診される方の情報をご記入ください。

⑦ 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みの際、以下のケースが多く発生しております。
 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。

希望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。

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。

〈取次予約_人間ドック専用〉 2026年度 健診予約申込書

88621

■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。

記入日 月 日

▼ご希望の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。	
受診希望日 該当する箇所にご記入ください	簡易申込	日時指定 ※1ヵ月以上先の日程を記入してください	
	<input type="checkbox"/> いつでも可	第1希望	月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/>
	曜日指定 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/>	第2希望	月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/>
	時間指定 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 指定なし	第3希望	月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/>
		第4希望	月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/>
	第5希望	月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/>	
健診内容 ご希望のオプションに☑を入れてください	健診コース	オプション検査	
	<input checked="" type="checkbox"/> 020. イーウェル人間ドックAコース	<input type="checkbox"/> 031. 子宮頸部細胞診検査 ※女性のみ <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"/> 036. 胃部内視鏡検査への変更	

▼受診者様情報をご記入ください

所属団体コード	7412	保険証等記号	<input type="text"/>
所属団体名	住商連合健康保険組合	保険証等番号	<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 <input type="checkbox"/> 午後 12:00~15:00 <input type="checkbox"/> いつでも可
FAX番号 ※2	<input type="text"/>		

※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、「受診券」はFAXにて送付し郵送はいたしません。

▼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

<被保険者の健診結果に関するお取り扱いについて>の記載内容をご確認の上、
“同意する”にチェックを入れてください。※被保険者のみ(任意継続者及び配偶者は除く) 同意する

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。