

国際・政策銀健康保険組合

# 健康診断のご案内[2025年度]

必ずお読み  
ください！

利用開始可能日は、本制度の対象者の資格を取得してから  
1～2ヶ月後となります(当健保内で保険証の切り替え(記号・  
番号の変更)があった方も同様です)。

はじめに

健診制度  
早見表

1～2ページ

健診概要  
検査項目

KENPOSの  
初回登録  
手順

3～6ページ

申込から  
受診まで  
の流れ

7～10ページ

よくある  
お問合せ

個人情報  
のお取り扱い  
について

11～12ページ

受診券  
発行依頼書

13～16ページ

“**毎**年の**受診**”で  
あした  
“**未**来の**安**心”を。



健診はパソコン・スマートフォンで、簡単申込

KENPOS

検索



予約  
期間

2025年

3月21日

2026年

2月28日

受診  
期間

2025年

4月1日

2026年

3月31日

今すぐご予約を！

健康診断事務委託先／(株)イーウェル

お問合せ先

(株)イーウェル  
健康サポートセンター



0570-057091

〈受付時間〉9:30～17:30

〈休業日〉日曜・祝日・12/29～1/4

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。

※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おりません。

※本冊子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。

# はじめに — 必ずお読みください！ —

## 注意事項

### ①利用出来る健診機関・健診コース・オプション検査はKENPOSでご確認いただくことが出来ます

別冊には主にご利用実績のある一部の健診機関リスト等を掲載しております。提携健診機関は全国に数多くございますので、WEBサイト「KENPOS」(<https://www.kenpos.jp/>)でご検索ください。

また、単独検診機関リストは健診申込トップ画面-お知らせに掲載しています。ご参照ください。

### ②事後精算制度の廃止

事後精算制度は、**2020年度より完全廃止としております。**

(株)イーウェルと提携のある健診機関でイーウェルの健診コースをご受診頂きますようお願い申し上げます。

イーウェルの健診コースで無いコースの受診、及び提携外健診機関での受診は全額自己負担となりますので、ご注意ください。

### ③海外で人間ドック等を受診された方へ

当健保組合の人間ドック等の補助は国内・海外問わず**年度(4月1日から翌3月31日)につき1回限りです。**

海外で受けた人間ドック費を申請するか、もしくは、(株)イーウェルを通じた人間ドック等を受診するかどちらか一方しか補助を受けることができません。

**仮に同年度に重複して補助を受けた場合、当健保組合が負担した金額の返還を請求することになりますのでご注意ください。**

## お願い

### ①脳ドックコース受診ご希望の方へ

脳ドックコースについては、特定健診の検査項目を満たさないケースがありますので、人間ドック等コース+脳検査オプションでの受診をお願いします。

(脳検査はCT検査が基本となりますが、健診機関によってMRAやMRIを受診いただけます。)

### ②現役職員の方は単独検診をご活用ください

事業主定期健診の受診は現役職員の健康管理が基本ですが、検査項目に含まれないがん検査などが受診出来る制度「単独検診」(P.5参照)がございます。

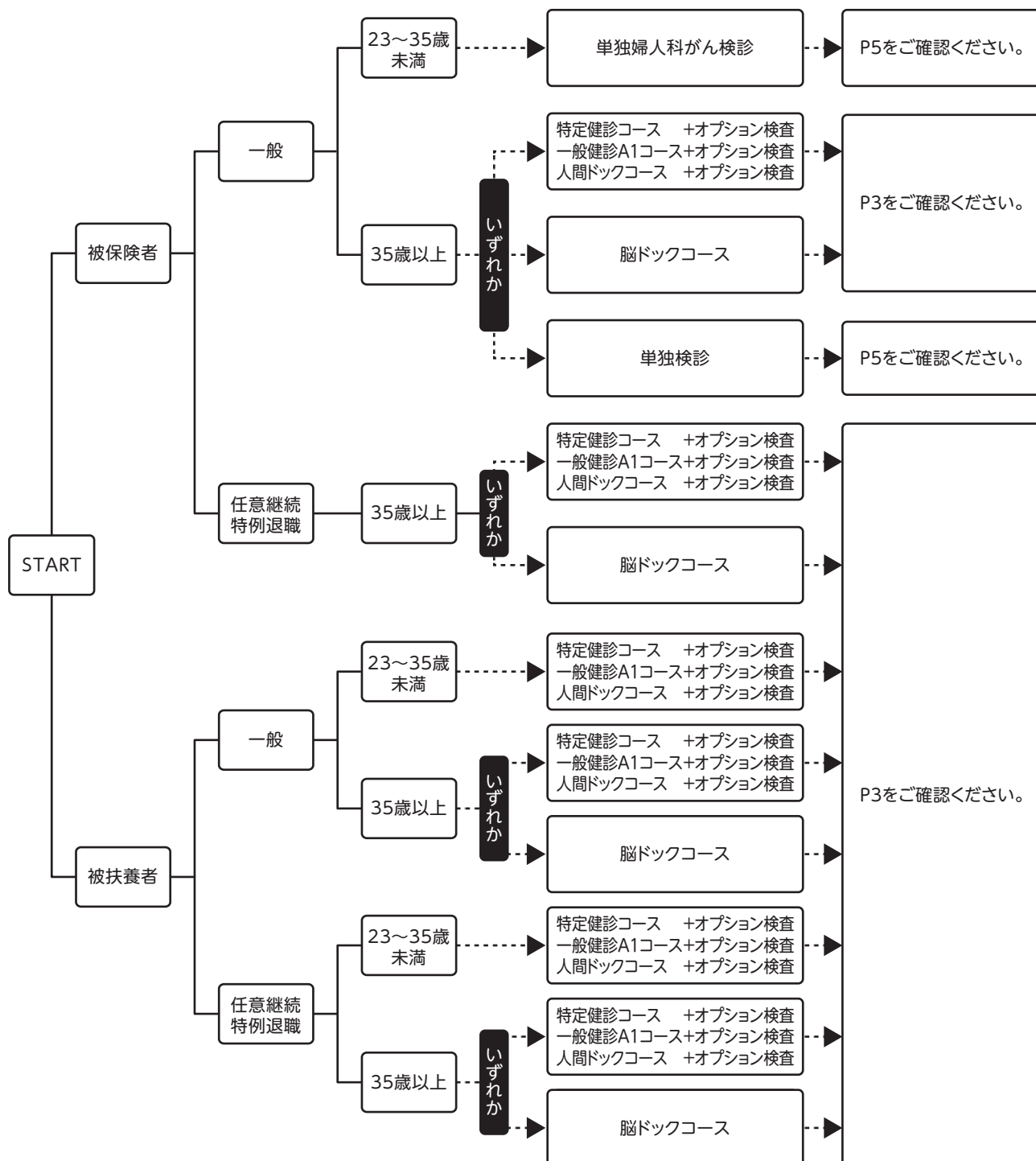
健康診断(人間ドック等)と事業主定期健診では重複している項目が数多くあります。そのため、35歳以上の現役職員の方は単独検診のご活用により、事業主定期健診で実施されない検査項目(当健保が指定するもの)をご受診いただけます。また、23歳から35歳未満の女性の方は、単独婦人科がん検診(P.5参照)をご利用いただけます。

# 健診制度早見表

当健康保険組合への加入区分や制度区分、年齢によってご利用いただける健診制度が異なります。

ご自身の加入区分(被保険者／被扶養者)や制度区分(在職者／退職者等)、年齢を確認してどの健診制度が利用出来るのかを、まずは確認してください。以下、ご自身の該当しない内容を受診された場合は、当健康保険組合からの補助を受けることが出来ませんので、ご注意ください。

※年齢の基準は、年度末(2026年3月31日)までにその年齢の誕生日を迎える方



はじめに・健診制度早見表

健診概要・検査項目  
KENPOSの初回登録手順

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

# 健診概要 (一般健診・人間ドック・脳ドック)



予約期間

2025年3月21日～2026年2月28日



受診期間

2025年4月1日～2026年3月31日



注意事項

- 上記期間以外での「予約」「受診」は出来ません。
  - 受診日に当健保組合の資格を喪失している場合は受診出来ません。  
万ー受診された場合、**健保負担分を含めた健診に関わる全ての費用を負担**していただきます。
  - オプション検査は健診コースと同一機関で受診してください。(健診機関から指定があった場合は除きます。)
  - 今年度75歳になる方は、75歳の誕生日前日までに受診してください。
- ※年齢は2026年3月31日時点にて算出

## 受診対象者・健診コース

| 年齢             | 加入区分         | 制度区分               | 性別 | 健診コース名称                                                                                                                         | オプション検査                    | 自己負担金額                      |
|----------------|--------------|--------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 35歳以上          | 被保険者<br>被扶養者 | 一般<br>任意継続<br>特例退職 | 男性 | イーウェル特定健診コース<br>イーウェル一般健診A1コース<br>イーウェル人間ドックAコース(日帰りベーシック)<br>イーウェル人間ドックBコース(日帰りプレミアム)<br>イーウェル人間ドックCコース(2日以上)<br>※いずれか1つのみ受診可能 | ※下記に記載されているオプション検査が追加出来ます。 | 健保組合補助<br>55,000円を<br>超える金額 |
|                |              |                    | 女性 |                                                                                                                                 |                            | 健保組合補助<br>64,000円を<br>超える金額 |
| 23歳以上<br>35歳未満 | 被扶養者         | 一般<br>任意継続<br>特例退職 | 男性 |                                                                                                                                 |                            | 健保組合補助<br>43,000円を<br>超える金額 |
|                |              |                    | 女性 |                                                                                                                                 |                            | 健保組合補助<br>52,000円を<br>超える金額 |

## オプション検査

| オプション検査名称                |           |          |                                        |
|--------------------------|-----------|----------|----------------------------------------|
| 子宮頸部細胞診検査(女性のみ)          | ピロリ菌検査    | 便潜血検査    | 前立腺がん検査(PSA): 前立腺がんの早期発見(男性のみ)         |
| HPV(ヒトパピローマウイルス)検査(女性のみ) | ペプシノゲン    | 骨密度検査    | 腫瘍マーカー検査(AFP(α-FP)): 肝臓がんの早期発見         |
| マンモグラフィ(女性のみ)            | 大腸内視鏡検査   | 頸動脈エコー検査 | 腫瘍マーカー検査(CEA): 大腸・胃・膵臓などの消化器がんの早期発見    |
| 乳房エコー検査(女性のみ)            | 腹部エコー検査   | 胸部CT検査   | 腫瘍マーカー検査(CA19-9): 膵臓がんの早期発見            |
| 胃部X線検査                   | B型肝炎検査    | 胸部X線検査   | 腫瘍マーカー検査(CA125): 卵巣がん、子宮内臓症の早期発見(女性のみ) |
| 胃内視鏡検査                   | C型肝炎検査    | 喀痰細胞診検査  | NT-proBNP心不全マーカー                       |
| 胃内視鏡検査への変更               | 甲状腺(血液)検査 | 脳検査      | AICSアミノインデックス[男性:5種][女性:6種]            |

## 受診対象者・脳ドックコース

| 年齢    | 加入区分         | 制度区分               | 性別       | 健診コース名称 | オプション検査            | 自己負担金額                      |
|-------|--------------|--------------------|----------|---------|--------------------|-----------------------------|
| 35歳以上 | 被保険者<br>被扶養者 | 一般<br>任意継続<br>特例退職 | 男性<br>女性 | 脳ドックコース | ※オプション検査の追加は出来ません。 | 健保組合補助<br>55,000円を<br>超える金額 |

※脳ドックは人間ドックと重複受診出来ません

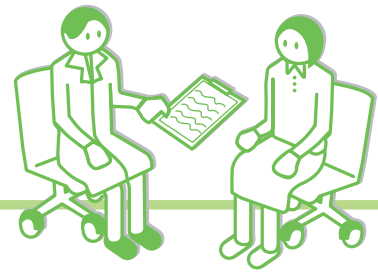


注意事項

- 自己負担金につきましては、上記補助内容に従って計算してください。  
**尚、(株)イーウェルから届く『受診券(スマートフォンの場合は完了メール)』に自己負担金が記載されます。**



# 検査項目



## 健診コース

※「イーウェル特定健診コース」が基本的な検査項目で最低限受診しなければならない項目となります。

| 検査項目  |      |                      | 健診コース名称 | イーウェル<br>特定健診コース | イーウェル<br>一般健診A1<br>コース | イーウェル<br>人間ドック<br>A/B/Cコース                              | 脳ドックコース                                           |
|-------|------|----------------------|---------|------------------|------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 診察    | 問診   | 問診票(特定健診必須4項目含む)     |         | ●                | ●                      | <b>〈法定健診〉および〈特定健診項目〉 + 胃部検査を含む〈健診機関オリジナル〉(日帰り〜2日以上)</b> | <b>頭部検査(CT・MRI・MRA等)を含む検査を実施する各健診機関オリジナルの脳ドック</b> |
|       | 理学所見 | 既往歴・業務歴              |         | ●                | ●                      |                                                         |                                                   |
|       |      | 自覚症状                 |         | ●                | ●                      |                                                         |                                                   |
|       |      | 他覚症状                 |         | ●                | ●                      |                                                         |                                                   |
| 身体測定等 |      | 身長                   |         | ●                | ●                      |                                                         |                                                   |
|       |      | 体重                   |         | ●                | ●                      |                                                         |                                                   |
|       |      | BMI                  |         | ●                | ●                      |                                                         |                                                   |
|       |      | 腹囲                   |         | ●                | ●                      |                                                         |                                                   |
|       |      | 血圧                   |         | ●                | ●                      |                                                         |                                                   |
|       |      | 視力                   |         |                  | ●                      |                                                         |                                                   |
| 胸部検査  |      | 胸部X線検査(直接)           |         |                  | ●                      |                                                         |                                                   |
|       |      | 喀痰検査                 |         |                  | 医師の指示による               |                                                         |                                                   |
| 聴力    |      | オーディオメーター(1000/4000) |         |                  | ●                      |                                                         |                                                   |
| 尿検査   |      | 尿糖(US)               |         | ●                | ●                      |                                                         |                                                   |
|       |      | 尿蛋白                  |         | ●                | ●                      |                                                         |                                                   |
|       |      | 尿潜血                  |         |                  | ●                      |                                                         |                                                   |
|       |      | ウロビリノーゲン             |         |                  | ●                      |                                                         |                                                   |
|       |      | 尿沈渣                  |         |                  |                        |                                                         |                                                   |
|       |      | 尿比重                  |         |                  |                        |                                                         |                                                   |
| 血液検査  | 血液一般 | 赤血球(RBC)             |         | 医師の指示による         | ●                      |                                                         |                                                   |
|       |      | 血色素(Hb)              |         | 医師の指示による         | ●                      |                                                         |                                                   |
|       |      | ヘマトクリット(Ht)          |         | 医師の指示による         | ●                      |                                                         |                                                   |
|       |      | 血小板数(PLT/PL)         |         |                  | ●                      |                                                         |                                                   |
|       |      | 赤血球色素量(MCH)          |         |                  | ●                      |                                                         |                                                   |
|       |      | 赤血球色素濃度(MCHC)        |         |                  | ●                      |                                                         |                                                   |
|       |      | 赤血球容積(MCV)           |         |                  | ●                      |                                                         |                                                   |
|       |      | 白血球(WBC)             |         |                  | ●                      |                                                         |                                                   |
|       | 脂質   | 総コレステロール(T-Chol)     |         |                  | ●                      |                                                         |                                                   |
|       |      | 空腹時中性脂肪(TG)          |         | ●                | ●                      |                                                         |                                                   |
|       |      | HDL-cho              |         | ●                | ●                      |                                                         |                                                   |
|       |      | LDL-cho              |         | ●                | ●                      |                                                         |                                                   |
|       | 肝機能  | GOT(AST)             |         | ●                | ●                      |                                                         |                                                   |
|       |      | GPT(ALT)             |         | ●                | ●                      |                                                         |                                                   |
|       |      | γ-GT(γ-GTP)          |         | ●                | ●                      |                                                         |                                                   |
|       |      | アルブミン                |         |                  |                        |                                                         |                                                   |
|       | 腎機能  | 総蛋白(TP)              |         |                  |                        |                                                         |                                                   |
|       |      | 尿酸(UA)               |         |                  | ●                      |                                                         |                                                   |
|       |      | 尿素窒素(BUN)            |         |                  | ●                      |                                                         |                                                   |
|       |      | 血清クレアチニン(CRE)        |         | 医師の指示による         | ●                      |                                                         |                                                   |
|       | 血糖   | 空腹時血糖(BS)            |         | ●                | ●                      |                                                         |                                                   |
|       |      | グリコヘモグロビンA1c(HbA1c)  |         | どちらか一つ以上         | ●                      |                                                         |                                                   |
|       | 感染症  | CRP                  |         |                  |                        |                                                         |                                                   |
| 心電図検査 |      | 12誘導                 |         | 医師の指示による         | ●                      |                                                         |                                                   |
| 眼検査   |      | 眼底検査(片眼以上)           |         | 医師の指示による         | 医師の指示による               |                                                         |                                                   |
|       |      | 眼圧検査                 |         |                  |                        |                                                         |                                                   |
| 便潜血検査 |      | 2回法                  |         |                  | ●                      |                                                         |                                                   |
| 胃部検査  |      | 胃部X線検査(直接)           |         |                  |                        |                                                         |                                                   |
|       |      | 胃部内視鏡検査              |         |                  |                        |                                                         |                                                   |
| 超音波   |      | 腹部エコー検査              |         |                  |                        |                                                         |                                                   |
| 肺機能検査 |      | 肺機能検査                |         |                  |                        |                                                         |                                                   |

【 ● 】…必須の検査項目

【医師の指示による】…医師の判断に基づき、選択的に実施する項目

※検査項目の詳細は健診機関によって異なる場合がございます。

※WEBサイト「KENPOS」では健診機関毎に人間ドックの検査項目を確認することが出来ます。

※女性の方には、婦人科オプション検査の追加をお勧めいたします。(脳ドックコースを除く)

はじめに・健診制度早見表

健診概要・検査項目  
KENPOSの初回登録手順

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

# 健診概要 (単独検診・単独婦人科がん検診)



予約期間

2025年3月21日～2026年2月28日



受診期間

2025年4月1日～2026年3月31日



注意事項

- 上記期間以外での「予約」「受診」は出来ません。
- 受診日に当健保組合の資格を喪失している場合は受診出来ません。  
万一受診された場合、**健保負担分を含めた健診に関わる全ての費用を負担**していただきます。
- 単独検診を複数受診される際は、「同日・同一機関」で受診してください。  
(健診機関からの指定があった場合は除きます)
- 今年度75歳になる方は、75歳の誕生日前日までに受診してください。  
※年齢は2026年3月31日時点にて算出

## 単独検診受診対象者・検査項目

| 年齢    | 加入区分           | 制度区分 | 性別 | 検査項目                                                                                                                                                                                    | 補助上限額                                                |
|-------|----------------|------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 35歳以上 | 被保険者<br>(現役職員) | 一般   | 男性 | 【単独】子宮頸部細胞診検査(女性のみ)<br>【単独】マンモグラフィ(女性のみ)<br>【単独】乳房エコー検査(女性のみ)<br>【単独】胃部内視鏡検査<br>【単独】大腸内視鏡検査<br>【単独】B型肝炎検査<br>【単独】C型肝炎検査<br>【単独】胸部CT検査<br>【単独】骨密度検査<br>【単独】前立腺がん検査(PSA)(男性のみ)<br>【単独】脳検査 | 男性:¥27,000<br>女性:¥37,000<br><br>※限度額を超える金額は自己負担となります |
|       |                |      | 女性 |                                                                                                                                                                                         |                                                      |

※単独検診は一般健診、人間ドック、脳ドックと重複受診出来ません。

## 単独婦人科がん検診受診対象者・検査項目

| 年齢             | 加入区分           | 制度区分 | 性別 | 検査項目                                                                   | 自己負担金額              |
|----------------|----------------|------|----|------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 23歳以上<br>35歳未満 | 被保険者<br>(現役職員) | 一般   | 女性 | 〈乳がん検診〉<br>【単独】マンモグラフィ<br>【単独】乳房エコー検査<br><br>〈子宮がん検診〉<br>【単独】子宮頸部細胞診検査 | 健保組合補助10,000円を超える金額 |



注意事項

- 自己負担金につきましては、上記補助内容に従って計算してください。  
**尚、(株)イーウェルから届く『受診券(スマートフォンの場合は完了メール)』に自己負担金が記載されます。**



檢 索



① お手元に健康保険証またはマイナ保険証の健康保険証情報をご用意のうえ、  
**「初回登録ページに移動する」**を選択し、「資格照会」にお進みください。  
 ※健康保険証情報はマイナポータルサイトから確認できます。  
 ※初回登録がお済みの場合は「ログインID」を入力し、「パスワードを入力する」  
 を選択しログインします(P7のSTEP1へおすすめ下さい)。



① 保険証記号、保険証番号、保険者番号、氏名、生年月日をご入力ください。  
個人情報の取り扱いについて確認し、よろしければ「**上記同意の上、個人情報・利用規約同意ステップに進む**」にお進みください。

② 最後までお読みいただき、チェックボックスにチェックした上で、「**基本設定ステップに進む**」にお進みください。

※個人情報の取り扱いについては最下部までスクロールしないとチェックボックスにチェックができませんのでご注意ください。



③ 基本情報を入力し、「**確認ステップに進む**」にお進みください。

**資格照会項目 入力**

記号① 必須

番号② 必須

保険者番号③ 必須

氏名 姓 (カナ) 必須

名 (カナ) 必須

生年月日 必須  年  月  日

■ 個人情報取り扱いについて

上記内容の上、個人情報・利用規約同意ステップに続く

[illegible]

**ニックネーム・氏名・氏名公開設定**

※ 参加リンクページに使用する氏名を任意で設定してください。  
 氏名を公開する場合は、「氏名」を選択してください。  
 ニックネームのみ使用する場合は、ニックネーム欄に任意でニックネームを入力してください。

公開しない場合は、「[氏名](#)」を選択してください。

☐ 氏名  
☐ ニックネーム

☐ 非公開

---

**ひみつの質問 ※**

パスワードをお忘れの時に使用するひみつの質問を入力してください。

---

**ひみつの質問の答え ※**

回答は15文字以内で入力してください。

---

**配信設定**

配信を希望する情報にチェックを入れ

☒ メールマガジン  
☒ 配信履歴の送付を受けたい

ひみつの質問の答え **確定**

回答は15文字以内で入力してください。

配信設定

配信を希望する情報にチェックを入れてください。

- ☒ メールマガジン
- ☒ 顔ぶれ編集部のお知らせ

**確定ステップに進む**

ご入力いただいた基本情報の内容を確認いただき、  
「**メールを送信する**」にお進みください。

資格検査 → 同意 → 基本設定 → **初回登録** → 送信 → 完了

—— 初回登録 (内容確認) ——

氏名 (カタカナ)  
ケンボス ハナコ

---

メールマガジン : 受け取る  
 登録結果のお知らせ : 受け取る

メールを送信する >

入力いただいた  
メールアドレス宛  
にメールを送信し  
ます。24時間以内に  
メールを確認して  
ください。

```

graph LR
    A[資格検査] -- 合格 --> B[基本設定]
    A -- 不合格 --> C[再検定]
    B -- 確認 --> D[メール送信]
    D -- 完了 --> E[ ]
    
    Note1[まだ登録が完了していません]
    Note2["ご登録いただいたメールアドレスに「KEPSOS」  
仮登録メールのお知らせメールを送信  
しました。  
記載されているURLを2週間以内にクリックし、  
登録を完了させてください。"]
    Note3["メールの届かない場合  
・メールアドレスが間違っていないか、ご確認ください。  
・ドメイン設定で「@kepsos.jp」が指定されていないか、ご確認ください。"]
    Note4["ブラウザが正常に動作中  
かどうかの確認をお願いします"]

```

資格検査 → 合格 → 基本設定 → 確認 → メール送信 → 完了

**—— 初回登録（仮登録メール送信） ——**

△ まだ登録が完了していません

✕

ご登録いただいたメールアドレスに「KEPSOS」仮登録メールのお知らせメールを送信しました。

記載されているURLを2週間以内にクリックし、登録を完了させてください。

**メールが届かない場合**

- ・メールアドレスが間違っていないか、ご確認ください。
- ・ドメイン設定で「@kepsos.jp」が指定されていないか、ご確認ください。

ブラウザが正常に動作中かどうかの確認をお願いします

仮登録メールが届かない場合はご使用のメール設定を確認してください。「kenpos.jp」と「kenkobox.jp」をドメイン指定し、再度初回登録を行ってください。

届いたメールを開き、URLをクリックしてください。  
初回登録が完了しますので、「パスワード入力に進む」に  
お進みください。

**[KENPOS]仮登録完了のお知らせ。**

 no-reply@kenpos.jp  
tel 123456789@aaabbb.cc.jp

KENPOSへ仮登録いただき誠にありがとうございます。ご登録が完了しました。  
本メールは仮登録メールになります。「まだ本登録していません。」  
本登録のため、以下 URL をクリックして下さい。  
**URLは 24 時間有効です。**  
<https://www.kenpos.jp/cgi-bin/gstn/complete/xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx?xxx=xxxxxx>  
(※ xxx は ID 番号)

上記の手続きが完了するまでは、登録完了になりませんのでご注意ください。  
※上記 URL をクリックしても「登録完了」画面が表示されない場合は、URL をコピーし、ブラウザのアドレス欄に貼り付けて下さい。

※ [KENPOS]と同等のものを作成することができず、「登録の意見がない。」等の場合、あなたが利用登録の際に記入いただいたメールアドレスを入力した可能性があります。  
本メールを破棄していただけば仮登録のままでとなり、24 時間を過ぎるとあなたのメールアドレス登録情報は削除されます。

— — —

携帯用印刷タイプ「[KENPOS]」



会員登録 | ログイン | 基本設定 | 確認

※本メールは、送信直前のメールアドレスから送信されています。

※24時間経過した場合は、お手数料ですが最初からやり直してください。

まだとなり、24 時間を超えますとあなたのメールアドレス情報も削除されます。

メールアドレス登録完了画面

KENPOS

資格取得 同意 基本設定 確認 送信 完了

—— 初回登録（完了） ——

初回登録が完了しました



パスワード入力に戻る

はじめに・健診制度早見表

健診概要・検査項目  
KENPOSの初回登録手順

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



[申込から受診までの流れ]

パソコン・スマートフォンなら  
手続きが、短時間で完了

# パソコン・スマートフォンの場合

## STEP 1

### 健診機関を えらぶ

WEB  
(KENPOS)から  
最新情報を  
チェック



### 対象健診機関から 希望する健診機関を選択

KENPOSにログインし、  
「健診の申込/受診券発行」から検索。  
別冊の「健診機関リスト」でも探せます。

健診概要から受診するコースとオプション検査をチェック



※写真はイメージです。



注意事項

リストに記載の情報は、作成時点での情報です。今後健診機関により、掲載されている内容が変更になる可能性があります。KENPOSでは最新の情報が確認できます。

## STEP 2

### 健診機関に電話して 予約する



### ご自身で直接、 健診機関へ電話で予約

① 予約の際、以下の内容を必ずお伝えください。

- ☐ 健康保険組合名称
- ☐ 代行機関が(株)イーウェルであること
- ☐ 受診希望の日程・健診コース・オプション検査
- ☐ ご自身の氏名・住所・連絡先



お間違えのないように!

② 健診の実施に関する内容で不明点がある場合は、健診機関へご相談ください。



注意事項

受診日は、お申込より2週間以上先の日程で予約してください。



### KENPOSの初回登録がお済でない方は…

STEP1の前にKENPOS(<https://www.kenpos.jp/>)にアクセスし、初回登録を行ってください。(P6参照)

※お手元健康保険証またはマイナ保険証の健康保険証情報をご確認ください。

※予約開始日当日は午前10時から初回登録が可能です。

※利用開始可能日は、本制度の対象者の資格を取得してから1~2ヶ月後となります。

※当健保内で切り替え(記号・番号の変更)があった方の利用開始可能日は、切り替えから1~2ヶ月後となります。また、KENPOSは再度初回登録を行ってください。

※健康保険証情報はマイナポータルサイトから確認できます。

KENPOS

検索



こちらから  
登録!

※写真はイメージです。





## STEP3

### 受診券を 申込む

パソコンまたは  
スマートフォンに  
「受診券発行完了  
メール」が到着



#### パソコンまたはスマートフォンで 「受診券」の発行手続き

※電話で予約後3日以内にお申込みください

- ①KENPOSにログインし、「健診の申込/受診券発行」から手続きを行ってください。
- ②手続き後、1週間以内に(株)イーウェルから「受診券発行完了メール」が届きます。

##### パソコンの場合

KENPOSにログインし、受診券ファイルを印刷してください。※受診券が印刷できない場合は、受診券に記載の予約番号を健診機関窓口でお伝えください。



※写真はイメージです。

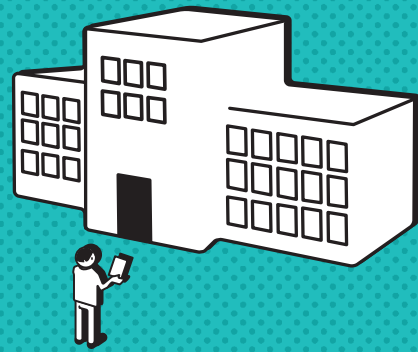
##### スマートフォンの場合

「受診券発行完了メール」がそのまま当日必要となります。大切に保管してください。

※スマートフォンの場合、受診券は発行されません。

## STEP4

### 健診を うける



#### 選択した健診機関で 健康診断を受診

- ①受診当日、以下のものを持参し、受診してください。

- ☐ 受診券または受診券に記載の予約番号(※)
- ☐ 自己負担金(窓口支払が発生する場合)
- ☐ マイナ保険証
- ☐ 検体容器等(健診機関から届いた場合)



注意事項

※スマートフォンの場合、受診券の代わりに「受診券発行完了メール」に記載の予約番号を健診機関窓口でお伝えください

- ②健診結果は、健診機関から届きます。

はじめに・健診制度早見表

健診概要・検査項目  
KENPOSの初回登録手順

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

### 変更・キャンセルについて (パソコン・スマートフォンで受診券発行依頼を行った場合)

健診機関へ「変更」または「キャンセル」の連絡後、KENPOSにログインし、「申込内容の確認・変更・キャンセル」より手続きを必ず行ってください。

※受診日当日の変更・キャンセルは全額自己負担となる場合があります。



[申込から受診までの流れ]

# FAX・郵送の場合



2週間以上前に  
手続きが必要

## STEP 1

### 健診機関を えらぶ



#### 健診機関リストから 希望する健診機関を選択

健診概要から受診するコースとオプション検査をチェック

別冊の健診機関リストから選んでください。  
(希望する健診コースが受診可能なことを  
ご確認ください)



健診機関リスト  
※画像はイメージです。



注意事項

リストに記載の情報は、作成時点での情報です。今後健診機関により、掲載されている内容が変更になる可能性があります。KENPOSでは最新の情報が確認できます。

## STEP 2

### 健診機関に電話して 予約する



#### ご自身で直接、 健診機関へ電話で予約

① 予約の際、以下の内容を必ずお伝えください。

- ☐ 健康保険組合名称
- ☐ 代行機関が(株)イーウェルであること
- ☐ 受診希望の日程・健診コース・オプション検査
- ☐ ご自身の氏名・住所・連絡先

② 健診の実施に関する内容で不明点がある場合は、健診機関へご相談ください。



注意事項

受診日は、お申込より2週間以上先の日程で予約してください。

## 変更・キャンセルについて

(FAX・郵送で受診券発行依頼を行った場合)

健診機関へ「変更」または「キャンセル」の連絡後、(株)イーウェルに電話連絡してください。

なお(株)イーウェルへ電話連絡する際は、健診機関リストに記載されている4桁の健診機関コードもあわせてお伝えください。

※受診日当日の変更・キャンセルは全額自己負担となる場合があります。

⚠ FAX・郵送では受付けておりませんので、必ず右記番号へ電話連絡をお願いします。



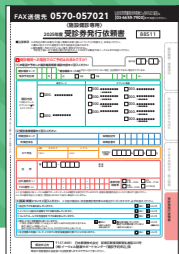
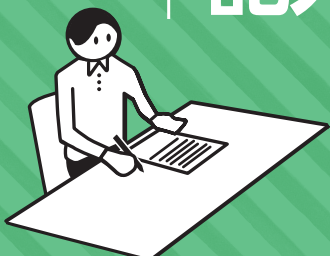
# FAX:0570-057021

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。

[郵送先]〒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

## STEP 3

### 受診券発行依頼書に 記入する



※画像はイメージです。

本冊子の  
「受診券発行依頼書」に記入

## STEP 5

### 受診券が とどく

2週間以内に  
FAXまたは  
郵送で届きます



FAXまたは郵送で  
「受診券」が届く

※FAX番号を記入された場合、  
FAXで届きます。

## STEP 4

### 受診券発行依頼書を おくる



FAXまたは郵送で  
(株)イーウェルへ送付  
**FAX:0570-057021**

上記の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。

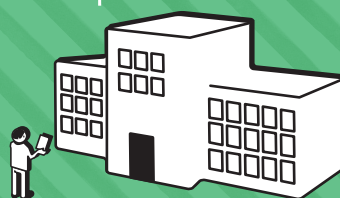
[郵送先] 〒137-8691

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

## STEP 6

### 健診を うける



選択した健診機関で受診

①受診当日、以下のものを持参し、  
受診してください。

- ☐ 受診券または、**受診券に記載の予約番号**
- ☐ マイナ保険証
- ☐ 自己負担金（窓口支払が発生する場合）
- ☐ 検体容器等（健診機関から届いた場合）

②健診結果は、健診機関から届きます。

※FAXの到着確認は送信後2～3日、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。

※日程変更をされる際は、余裕をもった日時で予約をしてください。

ご連絡先 (株)イーウェル 健康サポートセンター **TEL:0570-057091**  
《受付時間》9:30～17:30 《休業日》日曜・祝日・12/29～1/4

※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。

※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のお問合せは受付しておりません。

はじめに・健診制度早見表

健診概要・検査項目  
KENPOSの初回登録手順

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

# よくあるお問合せ

Question?



## 受診内容について

**Q 指定外のオプション検査を受診することは可能でしょうか？**

**A 健診機関にご確認ください。**

受診可能な場合、指定外のオプション検査の費用は補助額の限度内であっても**全額自己負担**となります。その場合、(株)イーウェルから発行される『受診券』(スマートフォンの場合は『受診券発行完了メール』)にオプション検査名称や自己負担金は記載されませんので、検査費用は健診機関にご確認ください。

**Q 内視鏡検査受診時に別途請求される鎮静剤費用は補助対象になりますか？**

**A** 別途請求される鎮静剤費用は補助対象になりません。補助額の限度内であっても**全額自己負担**となります。

**Q 健康診断・人間ドックの内容について知りたいのですが？**

**A 健診機関にご確認ください。**

健康診断の実施に関するお問合せは、直接健診機関にご確認ください。  
なお、人間ドックの実施項目は健診機関によって異なります。健診機関へお電話でご確認いただくか、もしくはKENPOSにて健診機関選択後、健診費情報詳細よりご確認いただくことが可能です。

**Q 精密検査(二次検査)も補助対象になりますか？**

**A** 精密検査(二次検査)を受診される場合は、保険診療に該当する場合を除き、**全額自己負担**となります。

## 申込について

**Q 健診機関への電話予約から3日以上経ってしまいましたが、受診券発行依頼は可能でしょうか？**

**A 可能です。**

但し、受診日までの期間が短いと受診券の発行や健診機関からの検体容器等が間に合わない場合がございますので、速やかに受診券発行依頼を行ってください。

**Q 受診券発行依頼をしたら、予約完了ですか？**

**A まずは健診機関への予約が必要です。**

受診券発行依頼をする前に、必ず健診機関へ予約が必要です。  
予約が確定した後、受診券発行依頼の手続きをお願いします。

**Q 脳ドックと脳検査の違いが分かりません。**

**A** 日本脳ドック学会のガイドラインに準拠した脳ドックは、MRI(脳の輪切りの撮影)・MRA(MRI装置を利用した脳と頸部の血管撮影)、頸動脈エコーによる画像診断を主体に行っております。

脳検査は、多くの健診機関がCTでの検査を基本として実施しておりますが、健診機関によってはMRIやMRAなども一緒に行っており、ご受診いただくことが可能です。健診機関によって、「脳検査」「脳ドック」と呼び方も異なり、実施する内容も異なりますので、検査内容は直接健診機関へお問合せください。

**Q 当日生理になってしまった場合に受診出来ない検査項目はありますか？**

**A 健診機関にご確認ください。**

健診機関により対応が異なりますので、直接健診機関にご確認ください。

**Q 受診する内容を変更したいです。**

**A まずは健診機関へご連絡頂き、予約内容のご変更をお願いします。**

その後、ご変更いただいた内容をイーウェルへお電話でご連絡下さい。  
尚、KENPOSからお申込み頂いた方は、変更後の連絡はKENPOSからでも可能です。

**Q 保険証記号・番号の確認方法を教えてください。**

**A 健康保険証情報はマイナポータルサイトから確認できます。**

マイナポータルサイトから確認できない場合は、健康保険組合へお問合せください。

**Q 夫(妻)の分も一緒に受診券発行依頼をしたいのですが、どのように書けばよいですか？**

**A** 1名につき1枚の受診券発行依頼書を記入いただく必要があります。もし、受診券発行依頼書が足りない場合には、お手数ですがコピーしてご利用ください。

**Q KENPOSの初回登録時の仮登録メールが届きません。**

**A ご使用のメール設定をご確認ください。**

- 迷惑メールフォルダを確認して下さい
- ドメイン指定受信を設定していませんか。  
[kenpos.jp]と[kenkobox.jp]をドメイン指定し、再度初回登録を行ってください。

# 個人情報のお取り扱いについて

## 利用する個人情報の内容および利用する者の範囲

当健康保険組合：健診項目に関する健診結果など

株式会社イーウェル：下記「株式会社イーウェルにおける個人情報の取り扱いについて」に記載のとおり

健診機関：下記「健診機関における個人情報の取り扱いについて」に記載のとおり

## 利用範囲

①健康の保持・増進・保健指導 ②健診データの分析・解析 ③集計結果の報告、健康相談

## 個人データの管理において責任を有する者

当健康保険組合

## 株式会社イーウェルにおける個人情報の取り扱いについて

手続きに際しご記入いただきました個人情報は、ご所属団体の指示のもと、お申込の健康支援サービス提供の目的（健康の保持・増進活動、健診受診勧奨、保健指導等を含む）に利用し、その利用目的の範囲内で提携の健診機関等の第三者へ提供させていただきます。ここで取得した個人情報は、株式会社イーウェルホームページの「個人情報保護に関する基本方針」、「個人情報のお取り扱いについて」(<https://www.ewel.co.jp/privacy-policy/>)のほか、下記のとおり取り扱いますので、ご同意のうえ、お申し込みください。

### <お申込の健康支援サービスご利用における個人情報の取り扱い>

- ①株式会社イーウェルから、健診の予約内容確認のため、お申込者の氏名、住所、電話番号、生年月日、メールアドレス、所属団体等を含む個人情報を健診機関に提供致します。
- ②株式会社イーウェルは、前記①の個人情報及び健診結果データを含むお申込者の全ての個人情報（以下総称して「当該個人情報」とします）を健診機関から取得致します。
- ③株式会社イーウェルは、当該個人情報を保持管理致します。
- ④株式会社イーウェルから、当該個人情報を所属団体に提供致します。
- ⑤株式会社イーウェルから、所属団体による健診データの分析・解析・管理のため当該個人情報を業務委託先に提供する場合があります。
- ⑥株式会社イーウェルから、特定保健指導のため当該個人情報を保健指導会社に提供する場合があります。

個人情報に関する苦情・ご相談は、株式会社イーウェル個人情報お問合せ窓口（E-mail:privacy@ewel.co.jp）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

- ①健診機関は、健診お申込者から住所、電話番号、生年月日、所属団体等を含む個人情報を取得致します。
- ②健診機関は、前記①の予約内容確認のための情報を株式会社イーウェルを通じて取得致します。
- ③健診機関は、健診結果データを含むお申込者の全ての個人情報を株式会社イーウェルを通じて所属団体に提供致します。

はじめに・健診制度早見表

健診概要・検査項目  
KENPOSの初回登録手順

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



# 受診券発行依頼書の記入方法 (一般健診・人間ドック・脳ドック用)

### [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**

〈一般健診・人間ドック・脳ドック用〉

88511

## ① 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。

## ② 健診コース・オプション検査

健診機関へご予約された健診コース・オプション検査コードにチェックしてください。

#### ④ 受診者力ナ氏名・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。

## 6 事前問診

現時点のご状況にチェックしてください。

### ③ 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。

**⑤ 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」を郵送します。

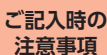
## 健診コース・オプション検査コードについて

「受診券発行依頼書」にチェックするコードになります。

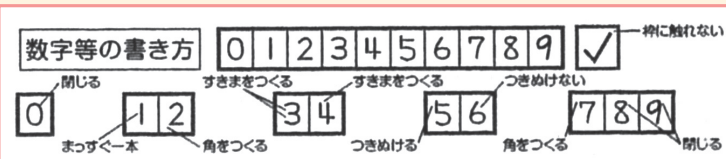
ご予約された健診コース・オプション検査コードをご確認の上、「受診券発行依頼書」にチェックしてください。

## 健診コース・オプション検査コード表一覧

| 健診コース |                      | オプション検査 |             |     |               |     |                      |
|-------|----------------------|---------|-------------|-----|---------------|-----|----------------------|
| コード   | 健診コース名称              | コード     | オプション検査名称   | コード | オプション検査名称     | コード | オプション検査名称            |
| 013   | イーウェル特定健診コース         | 031     | 子宮頸部細胞診検査   | 042 | C型肝炎検査        | 053 | 腫瘍マーカー検査 (AFP(α-FP)) |
| 014   | イーウェル一般健診A1コース       | 032     | マンモグラフィ     | 043 | 甲状腺(血液)検査     | 054 | 腫瘍マーカー検査 (CEA)       |
| 020   | イーウェル人間ドックAコース       | 033     | 乳房エコー検査     | 044 | 便潜血検査         | 055 | 腫瘍マーカー検査 (CA19-9)    |
| 021   | イーウェル人間ドックBコース       | 034     | 胃部X線検査      | 046 | 骨密度検査         | 056 | 腫瘍マーカー検査 (CA125)     |
| 022   | イーウェル人間ドックCコース(2日以上) | 035     | 胃部内視鏡検査     | 047 | 頸動脈エコー検査      | 057 | 胸部X線検査               |
| 083   | 脳ドックコース              | 036     | 胃部内視鏡検査への変更 | 048 | 前立腺がん検査 (PSA) | 059 | ペプシノゲン               |
|       |                      | 038     | ビロリ菌検査      | 049 | 胸部CT検査        | 440 | NT-proBNP            |
|       |                      | 039     | 大腸内視鏡検査     | 050 | 喀痰細胞診検査       | 441 | 男性AICS[5種]           |
|       |                      | 040     | 腹部エコー検査     | 051 | 脳検査           | 442 | 女性AICS[6種]           |
|       |                      | 041     | B型肝炎検査      | 052 | HPV           |     |                      |

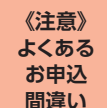


本帳票は機械により処理するため、  
黒ボールペンで枠内に収まるように丁寧にご記入ください。  
尚、記載ミスに伴う誤送付などにつきまして、(株)イーウェルは責任を負いかねます。



 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。



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。

〈一般健診・人間ドック・脳ドック用〉  
2025年度 受診券発行依頼書

88511

- 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(株)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・健診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 | 時 <input type="text"/> 分～    |
| 健診コース   | <input type="checkbox"/> 013 | <input type="checkbox"/> 014 | <input type="checkbox"/> 020 | <input type="checkbox"/> 021 | <input type="checkbox"/> 022                            | <input type="checkbox"/> 083 |
| オプション検査 | <input type="checkbox"/> 031 | <input type="checkbox"/> 036 | <input type="checkbox"/> 042 | <input type="checkbox"/> 048 | <input type="checkbox"/> 053                            | <input type="checkbox"/> 059 |
|         | <input type="checkbox"/> 032 | <input type="checkbox"/> 038 | <input type="checkbox"/> 043 | <input type="checkbox"/> 049 | <input type="checkbox"/> 054                            | <input type="checkbox"/> 440 |
|         | <input type="checkbox"/> 033 | <input type="checkbox"/> 039 | <input type="checkbox"/> 044 | <input type="checkbox"/> 050 | <input type="checkbox"/> 055                            | <input type="checkbox"/> 441 |
|         | <input type="checkbox"/> 034 | <input type="checkbox"/> 040 | <input type="checkbox"/> 046 | <input type="checkbox"/> 051 | <input type="checkbox"/> 056                            | <input type="checkbox"/> 442 |
|         | <input type="checkbox"/> 035 | <input type="checkbox"/> 041 | <input type="checkbox"/> 047 | <input type="checkbox"/> 052 | <input type="checkbox"/> 057                            |                              |

※ご予約された健診コース・オプション検査にチェック☑を入れてください(前頁参照)

## [2]受診者様情報をご記入ください

|         |              |       |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|---------|--------------|-------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 所属団体コード | 7091         | 保険証記号 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 所属団体名   | 国際・政策銀健康保険組合 | 保険証番号 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <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<br>(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"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                                         | 都 道<br>府 県  |                                            |                                            |
| 日中連絡先 ※1 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 連絡可能<br>時間帯 | <input type="checkbox"/> 午前<br>9:30～12:00  | <input type="checkbox"/> 夕方<br>15:00～17:30 |
| FAX番号 ※2 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |             | <input type="checkbox"/> 午後<br>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番号を記入した場合、「受診券」はFAXにて送付し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 ※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。<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ヵ月間吸っている<br>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<br>(条件1と条件2<br>を両方満たす) <input type="checkbox"/> ②以前は吸っていたが、<br>最近1ヵ月間は吸っていない<br>(条件2のみ満たす) <input type="checkbox"/> いいえ<br>(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。

はじめに・健診制度早見表

健診概要・検査項目  
KENPOSの初回登録手順

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



# 受診券発行依頼書の記入方法 (単独検診・単独婦人科がん検診用)

## [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

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。

#### ② 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。

#### ④ 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。

#### ③ 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。

#### ⑤ 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」を郵送します。

**FAX送信先 0570-057021** FAXの到着確認は送付後2〜3日かかります。上記のFAX番号がご利用にできない場合は[03-6659-7900]までお送りください。

**〈単独検診・単独婦人科がん検診用〉**  
**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、以下欄外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。

1 健診機関へお電話でのご予約はお済みですか?  
 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

2 検査内容  
 健診機関コード 受診予約日時 月 日 午前 午後 分

3 保険証記号・番号  
 所屬団体コード 7091 保険証記号 保険証番号

4 受診者カナ氏名・生年月日  
 カナ氏名 (姓) カタカナ (名) ハナコ 生年月日 年 月 日

5 住所・日中連絡先・FAX番号  
 住所 〒 日中連絡先 ① ② FAX番号 ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

※23〜35歳未満の現役女性職員は単独婦人科がん検診のみ受診できます。  
 ※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は、「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  
 郵送の到着確認は送付後10日後受領しますので予めご了承ください。



#### 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。

数字等の書き方

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

閉じる 開ける 角をつくる 角をつめる 角をつけない 角をつくる 閉じる

※枠に触れない

- ✓ 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。

〈単独検診・単独婦人科がん検診用〉  
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(株)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                              | <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<br>ご予約された<br>検査項目に✓を入<br>れてください | 単独検査                                                |                                          |                                               |                                          |                                                                              |   |                      |    |
|                                      | <input type="checkbox"/> 061. [単]子宮頸部細胞診検査<br>※女性のみ | <input type="checkbox"/> 073. [単]胃部内視鏡検査 |                                               | <input type="checkbox"/> 074. [単]大腸内視鏡検査 |                                                                              |   |                      |    |
|                                      | <input type="checkbox"/> 062. [単]マンモグラフィ<br>※女性のみ   | <input type="checkbox"/> 077. [単]胸部CT検査  |                                               | <input type="checkbox"/> 075. [単]脳検査     |                                                                              |   |                      |    |
|                                      | <input type="checkbox"/> 063. [単]乳房エコー検査<br>※女性のみ   | <input type="checkbox"/> 065. [単]B型肝炎検査  |                                               | <input type="checkbox"/> 066. [単]C型肝炎検査  |                                                                              |   |                      |    |
|                                      | <input type="checkbox"/> 068. [単]骨密度検査              |                                          | <input type="checkbox"/> 069. [単]前立腺がん検査(PSA) |                                          |                                                                              |   |                      |    |

※23～35歳未満の現役女性職員は単独婦人科がん検診のみ受診できます。

## [2]受診者様情報をご記入ください

|          |                                                                                                                                                        |                      |                      |                                           |                                            |                      |                                |                      |                      |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------|--------------------------------|----------------------|----------------------|
| 所属団体コード  | 7091                                                                                                                                                   |                      | 保険証記号                | <input type="text"/>                      | <input type="text"/>                       | <input type="text"/> | <input type="text"/>           | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 所属団体名    | 国際・政策銀健康保険組合                                                                                                                                           |                      | 保険証番号                | <input type="text"/>                      | <input type="text"/>                       | <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<br>(西暦)         | <input type="text"/>                      | <input type="text"/>                       | <input type="text"/> | <input type="text"/>           | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|          | (セイ)                                                                                                                                                   | (メイ)                 |                      | 年                                         | <input type="text"/>                       | 月                    | <input type="text"/>           | 日                    | <input type="text"/> |
| 住 所      | 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |                      | 都 道 府 県              |                                           |                                            |                      |                                |                      |                      |
| 日中連絡先 ※1 | <input type="text"/>                                                                                                                                   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>                      | <input type="text"/>                       | <input type="text"/> | <input type="text"/>           | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| FAX番号 ※2 | <input type="text"/>                                                                                                                                   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>                      | <input type="text"/>                       | <input type="text"/> | <input type="text"/>           | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|          |                                                                                                                                                        |                      | 連絡可能<br>時間帯          | <input type="checkbox"/> 午前<br>9:30～12:00 | <input type="checkbox"/> 夕方<br>15:00～17:30 |                      | <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番号を記入した場合、「受診券」はFAXにて送付し郵送はいたしません。

はじめに・健診制度早見表

健診概要・検査項目  
KENPOSの初回登録手順

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

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。



# Memo

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



ヘルスケアから始まる、  
安心で笑顔の毎日。