

# 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。

# 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

#### 5 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。

FAX送信先 **0570-057021**

FAXの到着確認は生体検診・3日かかります。  
 受診券の発行は予約日の1週間前まで  
 [03-6659-7900]までお送りください。

(単独検診用)  
 2024年度 健診予約申込書 88428

※お申込の欄には案内の(個人)情報(お取り扱い)についてご留意の上、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。

▼ご希望の内容をご記入ください

1 健診機関コード

2 簡易申込

3 日時指定

4 保険証記号・番号

5 受診者情報をご記入ください

6 住所・日中連絡先・FAX番号

〒137-8691 日本郵便株式会社 新東京郵便局郵便私番203号  
 (株)イーウェル健康リポートセンター「健診予約申込」係  
 郵送の到着確認は送付後10日程度要します。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。

#### 4 保険証記号・番号

お手持ちの健康保険証をご確認の上ご記入ください。

#### 6 住所・日中連絡先・FAX番号

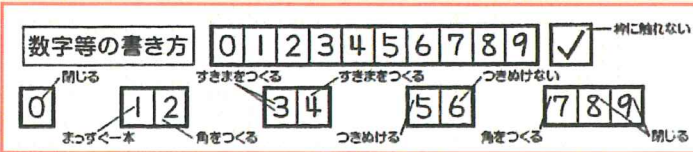
日中連絡が可能な電話番号をご記入ください。  
 (株)イーウェルや健診機関からご連絡を差し上げる場合がございます。

《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。

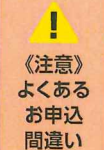


本帳票は機械により処理するため、  
 黒ボールペンで枠内に収まるように丁寧に記入ください。  
 尚、記載ミスに伴う誤送付などにつきまして、(株)イーウェルは責任を負いかねます。



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。



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。

FAX送信先 0570-057021

FAXの到着確認は送信後2~3日かかります。  
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。

〈単独検診用〉

2024年度 健診予約申込書

88428

■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	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 指定なし
	曜日指定		第2希望	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 指定なし
	月 火 水 木 金 土 日 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		第3希望	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 指定なし
	時間指定		第4希望	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 指定なし
<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 指定なし		第5希望	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 指定なし	

検診内容	単独検診	
	<input type="checkbox"/> 061. (単独)子宮頸部細胞診検査 ※20歳以上30歳未満(一般被保険者除く)の方が対象になります。 ※詳細については「子宮頸がん検診(単独検診)のご案内」でご確認ください。	<input type="checkbox"/> 075. (単独)脳検査(自己負担10,000円) ※40歳以上3歳ごと(40, 43, 46, 49, 52歳…)の方が対象になります。 ※詳細については「脳ドック(脳検査)(単独検診)のご案内」でご確認ください。

▼受診者様情報をご記入ください

所属団体コード	7240	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	コクヨ健康保険組合	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 (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"/>	<input type="text"/>

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番号を記入した場合、「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

郵送の到着確認は投函後10日程度要しますので予めご了承ください。

# 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

**FAX送信先 0570-057021** (単独検診用)

2024年度 **受診券発行依頼書** 88414

**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 保険証記号・番号**

お手持ちの健康保険証をご確認の上ご記入ください。

**3 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。

**4 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。

郵送申込先 〒137-8691 日本郵便株式会社 東京都葛飾区柳原私書箱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  
郵便の到着確認が伝票後10日程度遅れ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。

**数字等の書き方**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	✓
閉じる	すきまをつくる	すきまをつくる	すきまをつくる	すきまをつくる	すきまをつくる	すきまをつくる	すきまをつくる	すきまをつくる	すきまをつくる	すきまをつくる
まっすぐ一本	角をつくる	角をつくる	角をつくる	角をつくる	角をつくる	角をつくる	角をつくる	角をつくる	角をつくる	角をつくる

- ✓ 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。**

FAX送信先 0570-057021

FAXの到着確認は送信後2~3日かかります。  
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。

〈単独検診用〉

2024年度 受診券発行依頼書

88414

- 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~

単独検診	
検診内容	<input type="checkbox"/> 061. [単独]子宮頸部細胞診検査 ※20歳以上30歳未満(一般被保険者除く)の方が対象になります。 ※詳細については「子宮頸がん検診(単独検診)のご案内」でご確認ください。
	<input type="checkbox"/> 075. [単独]脳検査(自己負担10,000円) ※40歳以上3歳ごと(40, 43, 46, 49, 52歳...)の方が対象になります。 ※詳細については「脳ドック(脳検査)(単独検診)のご案内」でご確認ください。

[2]受診者様情報をご記入ください

所属団体コード	7240	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	コクヨ健康保険組合	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 (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"/>	<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"/>	<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="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 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。

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。