

2026年度 刑務共済組合 人間ドック受診のご案内



健康診断事務委託先：株式会社イーウェル

予約期間

2026年6月 1日（月）～ 2026年12月31日（木）

※予約期間外での予約は出来ません。

受診期間

2026年6月16日（火）～ 2027年 1月31日（日）

※受診期間外での受診は出来ません。

受診資格

- ・2026年4月1日現在において35歳以上の組合員（任意継続組合員を含む）及び被扶養配偶者の方。
- ・受診日に当共済組合に加入していること。
- ・受診日に当共済組合の資格を喪失している場合は受診出来ません。

予約方法

健康診断のご予約は2つの方法からお選びいただけます。

予約方法	直接予約	取次予約	
概要	<p>ご自身で直接健診機関へ お電話で予約する</p> <p>ご自身で予約完了後、(株)イーウェルへ「受診券発行依頼」手続きを行います。</p>	<p>(株)イーウェルに受診の 予約取次を申し込む</p> <p>(株)イーウェルが健診機関との間で日程調整を行い、受診日をお知らせします。 ※お申込から受診日確定までに約2～4週間程度かかります。</p>	
こんな方におすすめ	<ul style="list-style-type: none">・ご夫婦で同日受診をご希望の方・すぐに受診日を確定させたい方・健診コースやオプション内容の詳細をお知りになりたい方・内視鏡検査（※）を受診されたい方 <p>※受診枠数が限られている健診機関が多く、早期に予約が埋まる可能性が高いため、内視鏡検査ご希望の場合は直接予約をおすすめします。</p>	<ul style="list-style-type: none">・受診日は比較的いつでもよい方・健診機関に電話する時間がない方	
申込	WEB	FAX・郵送	電話
手順	「予約手順」5ページ参照		

健診コース・オプション検査

健診コースと自己負担金

3つの健診コースから1つを選択してお申込みください。
ご希望に応じて、オプション検査をお申し込みいただくこともできます。

※年齢は2026年4月1日 時点を基準とします。

属性情報		健診コース	オプション検査	組合助成金額
加入区分	年齢			
組合員 任意継続組合員 組合員被扶養配偶者 任意継続組合員被扶養配偶者	35歳以上	○イーウェル生活習慣病健診1コース ○イーウェル人間ドックAコース（日帰り） ○イーウェル人間ドックCコース（2日以上）	選択可能 オプション検査全て（4ページ）	健診費の5割 （健診コース+オプション検査費用） ※ただし一人あたりの組合補助上限15,000円（税込）

※自己負担金は、受診日当日に健診機関の窓口へお支払いください。
※健診費に端数が発生した場合は、自己負担となります。
※組合助成金額の上限を超過する費用はすべて自己負担となります。

健診費の目安

健診機関によっては、目安金額を大きく超過する場合がございます。

カテゴリ	コース・オプション検査	<組合補助含まず> 健診費目安
健診コース	イーウェル生活習慣病健診1コース	25,000円～35,000円
	イーウェル人間ドックAコース（日帰り）	33,000円～43,000円
	イーウェル人間ドックCコース（2日以上）	63,000円～73,000円
オプション検査 （一部抜粋）	子宮頸部細胞診検査	3,000円～5,000円
	マンモグラフィ	4,000円～6,000円
	乳房エコー検査	4,000円～6,000円
	胃部内視鏡検査への変更	0円～5,000円
	ピロリ菌検査	1,500円～3,500円
	前立腺がん検査（PSA）	1,500円～3,500円

※健診費は健診機関ごとに異なります。
※自己負担金は健診機関及び健診コース、オプション検査によって異なります。
※自己負担金（確定）は、受診日確定後の『受診券または「受診券発行完了メール」』にてお知らせいたします。

健診コース 検査項目一覧表

コース名称		イーウェル 生活習慣病健診 1コース	イーウェル 人間ドック Aコース	イーウェル 人間ドック Cコース
診察	問診	問診票（特定健診必須4項目含む）	○	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（2日以上）
	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	○		
	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（U S）	○		
	尿蛋白	○		
	尿潜血	○		
	ウロビリノーゲン	○		
血液検査	血液一般	赤血球（R B C）	○	
		血色素（H b）	○	
		ヘマトクリット（H t）	○	
		血小板数（P L T / P L）	○	
		赤血球色素量（M C H）	○	
		赤血球色素濃度（M C H C）	○	
		赤血球容積（M C V）	○	
	白血球（W B C）	○		
	生化学検査	脂質	総コレステロール（T-Cho）	○
			空腹時中性脂肪（T G）	○
HDL-cho			○	
LDL-cho			○	
肝機能		G O T（A S T）	○	
		G P T（A L T）	○	
		γ-GT（γ-G T P）	○	
腎機能	尿酸（U A）	○		
	尿素窒素（B U N）	○		
	血清クレアチニン（C R E）	○		
血糖	空腹時血糖（B S）	○		
	グリコヘモグロビンA1c（H b A 1 c）	○		
心電図検査	1 2誘導	○		
眼検査	眼底検査（片眼以上）	○		
便潜血検査	2回法	○		
胃部検査	胃部X線検査	どちらか一方を実施		
	胃部内視鏡検査	○		
超音波	腹部エコー検査	○		

【○】…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。

オプション検査 検査項目一覧表

オプション検査名称		生活1	ドック
婦人科	子宮頸部細胞診検査 ※女性のみ	○	○
	HPV検査 ※女性のみ	○	○
	マンモグラフィ ※女性のみ	○	○
	乳房エコー検査 ※女性のみ	○	○
消化器	胃部内視鏡検査への変更	○	○
	ペプシノゲン	○	○
	ピロリ菌検査	○	○
	大腸内視鏡検査	○	○
	腹部エコー検査	コース内包項目	○
肝炎	B型肝炎検査	○	○
	C型肝炎検査	○	○
甲状腺	甲状腺（血液）検査	○	○
脳	脳検査	○	○
心不全マーカー	NT-proBNP	○	○
その他	便潜血検査（2回法）	コース内包項目	○
	骨密度検査	○	○
	頰動脈エコー検査	○	○
	眼底検査	コース内包項目	○
	男性AICS[5種] ※男性のみ	○	○
	女性AICS[6種] ※女性のみ	○	○
肺	胸部CT検査	○	○
	喀痰細胞診検査	○	○
腫瘍マーカー	前立腺がん検査（PSA） ※男性のみ	○	○
	AFP（α-FP）	○	○
	CEA	○	○
	CA19-9	○	○
	CA125 ※女性のみ	○	○

【○】…選択可能項目

※健診機関によって受診できない場合がございます。



申込方法

スマホ用 二次元コード

スムーズで
おすすめ



パソコン・
スマートフォン

専用申込サイト

<https://www.kenpos.jp/>

※6月1日AM10:00より申込可能です。



FAX

0570-057021

※上記の FAX 番号がご利用頂けない場合は、【03-6659-7900】まで送信してください。



郵送

〒137-8691

【郵送申込先】 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

※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。



電話



0120-033930

※上記番号がご利用頂けない場合は、
【050-3850-5686】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。

※お申し込み完了まで約20分かかります。

●受付時間：平日 9:30 ~ 19:30
土曜 9:30 ~ 17:00

●休業日：日祝・12/29 ~ 1/4
9:30 ~ 10:30 (はお電話が大変混み合う
可能性がございます。
つながらない場合はお時間を変えて
お掛け直してください。)

申込手順

直接予約

選択

「人間ドック 健診機関リスト」又は
「KENPOS」掲載の健診機関を選択

予約

健診機関へ直接電話で予約

* 健診機関へ伝える内容

- ① 共済組合名称
- ② 代行機関が(株)イーウェルであること
- ③ 2週間以上先の受診希望日時・健診コース
- ④ オプション検査項目
- ⑤ ご自身の氏名・住所・連絡先

* 健診機関へ確認する内容

食事制限等の注意事項があるか

申込

〈KENPOS の場合〉

「直接予約」バナーより入力

〈郵送・FAX の場合〉

「受診券発行依頼書」を記入し送付

〈電話 の場合〉

(株)イーウェル健康サポートセンターに連絡

予約完了後
3日以内に
イーウェルへ
お申込みを！

受取

〈KENPOS の場合〉

手続き後1週間以内に「受診券発行完了メール」が届く

〈郵送・FAX・電話 の場合〉

手続き後2週間以内にイーウェルより「受診券」が届く

受診

受診日当日は、

- ・「受診券または『受診券発行完了メール』に記載の予約番号」・「マイナ保険証または資格確認書」
- ・「自己負担金」・「検体容器（健診機関から届いた場合）」を必ずお持ちください。

取次予約

選択

「人間ドック 健診機関リスト」又は
「KENPOS」掲載の健診機関を選択

申込

〈KENPOS の場合〉

「取次予約」バナーより入力

〈郵送・FAX の場合〉

「健診予約申込書」を記入し送付

※受診希望日は1ヶ月以上先の日程を記入してください。

〈電話 の場合〉

(株)イーウェル健康サポートセンターに連絡

調整

申込書またはKENPOS に記載した候補日を基に
イーウェルが調整

※ ご希望日で予約が取れなかった場合は健診機関または
(株)イーウェルよりお電話で連絡させていただきます。

取次予約の場合は、お申込みから受診日確定まで
約2 ~ 4週間かかります。

受取

〈KENPOS の場合〉

予約確定後に「受診券発行完了メール」が届く

〈郵送・FAX・電話 の場合〉

予約確定後にイーウェルより「受診券」が届く

変更・キャンセルについて

直接予約

- ・WEB申込の場合：ご自身で健診機関へ直接電話をして「変更」または「キャンセル」した後、KENPOSへログインし、「申込内容の確認・変更・キャンセル」ボタンから画面の指示に従って「変更」または「キャンセル」の手続きを行ってください。
- ・紙/電話申込の場合：ご自身で健診機関へ直接電話をして「変更」または「キャンセル」した後、(株)イーウェル健康サポートセンターに直接お電話でご連絡ください。

取次予約

- ・WEB申込の場合：【受診日確定前】
(株)イーウェル健康サポートセンターに直接お電話でご連絡ください。
【受診日確定後】
ご自身で健診機関へ直接電話をして「変更」または「キャンセル」した後、KENPOSにログインし、「申込内容の確認・変更・キャンセル」ボタンから画面の指示に従ってお手続きを行ってください。
健診機関を変更の場合は、キャンセル後、改めてお申込みください。
- ・紙/電話申込の場合：【受診日確定前】
(株)イーウェル健康サポートセンターに直接お電話でご連絡ください。
【受診日確定後】
ご自身で健診機関へ直接電話をして「変更」または「キャンセル」した後、(株)イーウェル健康サポートセンターに直接お電話でご連絡ください。

※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。

よくあるお問合せ

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ありますので、速やかに受診券発行依頼を行ってください。

Q 自己負担金はいくらになりますか？

A 健診機関に健診コース・オプション検査の費用をご確認の上、補助ルールに従って計算してください。尚、(株)イーウェルから発行される「受診券」に自己負担金が記載されます。

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 可能です。但し、指定外のオプション検査の検査費用は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」にはオプション検査名称や自己負担金が記載されませんのでご注意ください。

Q 健診コース内で受診したくない検査項目がありますが、受診しなくてもいいのでしょうか？

A 実施が義務化されている検査項目が含まれておりますので、必ず全項目受診してください。

Q 組合員証記号・番号の確認方法を教えてください。

A 組合員証情報はマイナポータルサイトまたは資格確認書から確認できます。確認できない場合は、共済組合へお問合せください。

Q 仮登録メールが届きません。

A ご使用になられているメールアドレスについて、以下をご確認ください。
1. 迷惑メールフォルダを確認する：KENPOSからのメールが誤って迷惑メールとなっていないかご確認ください。
2. ドメイン指定受信を設定している：「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

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

 **0120-033930**

受付時間：平日 9：30～19：30 土曜 9：30～17：00

（休業日のご案内：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（TEL：050-3850-5686）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いません。

※9:30～10:30 はお電話が大変混み合う可能性があります。

つながらない場合はお時間を変えてお掛け直してください。

受診券発行依頼書の記入方法

直接予約
専用

[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**

直接予約専用 (生活習慣病健診・人間ドック用) 2026年度 受診券発行依頼書 88611

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。

⑥ 事前問診

現時点のご状況にチェックしてください。

③ 組合員証記号・番号

実際にご受診される方の情報をご記入ください。
※右詰めでご記入をお願いします。

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」を郵送いたします。

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

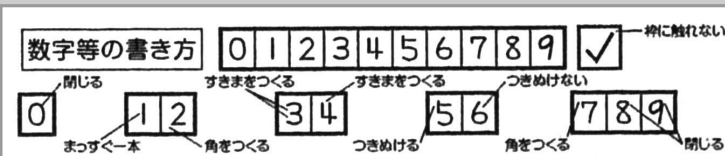
健診コース	
コード	健診コース名称
018	イーウェル生活習慣病健診1コース
020	イーウェル人間ドックAコース(日帰り)
022	イーウェル人間ドックCコース(2日以上)

オプション検査			
コード	オプション検査名称	コード	オプション検査名称
031	子宮頸部細胞診検査	043	甲状腺(血液)検査
032	マンモグラフィ	044	便潜血検査
033	乳房エコー検査	046	骨密度検査
036	胃部内視鏡検査への変更	047	頸動脈エコー検査
038	ピロリ菌検査	048	前立腺がん検査(PSA)
039	大腸内視鏡検査	049	胸部CT検査
040	腹部エコー検査	050	喀痰細胞診検査
041	B型肝炎検査	051	脳検査
042	C型肝炎検査	052	HPV
		053	腫瘍マーカー検査(AFP(α-FP))
		054	腫瘍マーカー検査(CEA)
		055	腫瘍マーカー検査(CA19-9)
		056	腫瘍マーカー検査(CA125)
		059	ペプシノゲン
		440	NT-proBNP
		441	男性AICS【5種】
		442	女性AICS【6種】
		332	眼底検査

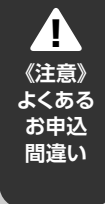


ご記入時の
注意事項

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、記入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。

**直接予約
専用**

〈生活習慣病健診・人間ドック用〉

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"/>	※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	~	
健診コース	<input type="checkbox"/> 018	<input type="checkbox"/> 020	<input type="checkbox"/> 022				
オプション検査	<input type="checkbox"/> 031	<input type="checkbox"/> 039	<input type="checkbox"/> 044	<input type="checkbox"/> 050	<input type="checkbox"/> 055	<input type="checkbox"/> 442	
	<input type="checkbox"/> 032	<input type="checkbox"/> 040	<input type="checkbox"/> 046	<input type="checkbox"/> 051	<input type="checkbox"/> 056	<input type="checkbox"/> 332	
	<input type="checkbox"/> 033	<input type="checkbox"/> 041	<input type="checkbox"/> 047	<input type="checkbox"/> 052	<input type="checkbox"/> 059		
	<input type="checkbox"/> 036	<input type="checkbox"/> 042	<input type="checkbox"/> 048	<input type="checkbox"/> 053	<input type="checkbox"/> 440		
	<input type="checkbox"/> 038	<input type="checkbox"/> 043	<input type="checkbox"/> 049	<input type="checkbox"/> 054	<input type="checkbox"/> 441		

※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

※右詰めでご記入ください

所属団体コード	7261	組合員証記号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
所属団体名	刑務共済組合	組合員証番号	<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"/>	-	<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。

[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。 <small>※「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</small>	<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。

健診予約申込書の記入方法

[FAX・郵送の場合]

取次予約
専用

「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。

1 健診機関コード 記入方法

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 健診コース・オプション検査

ご希望の健診コース・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。

3 日時指定 ※出来るだけ多くご記入ください。

1ヶ月以上先の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 組合員証記号・番号

実際にご受診される方の情報をご記入ください。
※右詰めでご記入をお願いします。

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。

健診コース・オプション検査コードについて

「健診予約申込書」にチェックするコードになります。
ご希望の健診コース・オプション検査コードをご確認の上、「健診予約申込書」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	
コード	健診コース名称
018	イーウェル生活習慣病健診1コース
020	イーウェル人間ドックAコース(日帰り)
022	イーウェル人間ドックCコース(2日以上)

オプション検査					
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
031	子宮頸部細胞診検査	043	甲状腺(血液)検査	053	腫瘍マーカー検査(AFP(α-FP))
032	マンモグラフィ	044	便潜血検査	054	腫瘍マーカー検査(CEA)
033	乳房エコー検査	046	骨密度検査	055	腫瘍マーカー検査(CA19-9)
036	胃部内視鏡検査への変更	047	頸動脈エコー検査	056	腫瘍マーカー検査(CA125)
038	ピロリ菌検査	048	前立腺がん検査(PSA)	059	ペプシノゲン
039	大腸内視鏡検査	049	胸部CT検査	440	NT-proBNP
040	腹部エコー検査	050	喀痰細胞診検査	441	男性AICS【5種】
041	B型肝炎検査	051	脳検査	442	女性AICS【6種】
042	C型肝炎検査	052	HPV	332	眼底検査



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、記入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 専用

〈生活習慣病健診・人間ドック用〉 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 (1ヶ月以上先の日程) 該当する箇所にご記入ください	簡易申込			日時指定			
	<input type="checkbox"/> いつでも可			第1希望	<input type="text"/>	月 <input type="text"/>	日 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 指定なし
	曜日指定 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2希望	<input type="text"/>	月 <input type="text"/>	日 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 指定なし
	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	<input type="text"/>	月 <input type="text"/>	日 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 指定なし
				第4希望	<input type="text"/>	月 <input type="text"/>	日 <input type="text"/> <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="text"/> <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 指定なし	

健診コース	<input type="checkbox"/> 018	<input type="checkbox"/> 020	<input type="checkbox"/> 022			
オプション検査	<input type="checkbox"/> 031	<input type="checkbox"/> 039	<input type="checkbox"/> 044	<input type="checkbox"/> 050	<input type="checkbox"/> 055	<input type="checkbox"/> 442
	<input type="checkbox"/> 032	<input type="checkbox"/> 040	<input type="checkbox"/> 046	<input type="checkbox"/> 051	<input type="checkbox"/> 056	<input type="checkbox"/> 332
	<input type="checkbox"/> 033	<input type="checkbox"/> 041	<input type="checkbox"/> 047	<input type="checkbox"/> 052	<input type="checkbox"/> 059	
	<input type="checkbox"/> 036	<input type="checkbox"/> 042	<input type="checkbox"/> 048	<input type="checkbox"/> 053	<input type="checkbox"/> 440	
	<input type="checkbox"/> 038	<input type="checkbox"/> 043	<input type="checkbox"/> 049	<input type="checkbox"/> 054	<input type="checkbox"/> 441	

※ご希望の健診コース・オプション検査にチェック☑を入れてください(前頁参照)

▼受診者様情報をご記入ください

※右詰めでご記入ください

所属団体コード	7261	組合員証記号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
所属団体名	刑務共済組合	組合員証番号	<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 <input type="text"/>
	(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。

人間ドック事後精算申請方法

人間ドックの受診を希望される方で株式会社イーウェルが提供する健診機関以外・イーウェル指定のコース等（オプション含む）以外を希望する場合、当案内を必ず確認した上で人間ドックを受診してください。健診費用を一旦全額立替えいただき、同封の『補助金申請書』（領収証（原本）・健診結果のコピー【必須】を併せて）を提出いただくことで、後日補助金をお支払いさせていただきます。

■ 受診期限／申請期限

受診期限 2026年4月1日（水）～2027年1月31日（日）まで
申請期限 2026年6月1日（月）～2027年3月31日（水）必着



注意事項

- ※受診期間外に受診した場合は補助の対象外となります。
- ※申請期間外に到着した場合は補助の対象外となります。

■ 補助対象と補助上限額

補助対象	対象者	補助上限額
人間ドック健診費用	組合員（任意継続組合員を含む） 組合員の被扶養配偶者	人間ドック健診費用 （オプションを含む）の50% 上限15,000円（税込）まで

- ※補助上限額を超過した金額は、ご本人負担となります。
- ※対象は2026年4月1日現在において35歳以上の方に限ります。
- ※イーウェルを通して申し込んだ健診と重複しての申請はできません。

■ 事後精算の流れ

STEP 1

ご自身で健診機関へ予約する

- 希望する健診機関がご案内の健診機関リストまたは **KENPOS** (<https://www.kenpos.jp/>) に掲載されていないことをご確認ください。
- 必ず個人名で予約をしてください。

STEP 2

受診する

- 全額を健診機関窓口でお支払いください。
- 領収証は忘れずに必ず受け取ってください。
その際、以下の項目の記載があるかご確認ください。
 - ①受診者氏名（フルネーム）
 - ②受診年月日
 - ③健診費用
 - ④人間ドックの費用を示す記載※
 - ⑤健診機関の住所・名称

①	領収証	②
	イーウェル 花子 様	2000年〇月〇日
③	¥ 18,500	
④	但 人間ドック費用として 上記正に領収いたしました	
⑤	東京都〇〇区〇〇町1-1-1 イーウェル医院 医院長 イーウェル 太郎	

※④について、コースとオプションを受けた場合、金額の内訳が分かる記載、もしくは明細表・価格表などを添付してください。

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。

お問合せ先

（株）イーウェル 健康サポートセンター

 **0120-033930**

受付時間：平日 9：30～19：30 土曜 9：30～17：00

（休業日のご案内：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（TEL：050-3850-5686）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。

※9:30～10:30 はお電話が大変混み合う可能性がございます。

つながらない場合はお時間を変えてお掛け直してください。

【人間ドック事業】事後精算 補助金申請書

記入日 20 年 月 日

▼受診者様の情報をご記入ください

※必ず受診されたご本人が自書してください。

所属団体コード	7261		組合員証記号	/	/	/	/		
所属団体名称	刑務共済組合		組合員証番号	/	/	/	/		
フリガナ			生年月日	1	9				
氏名	(姓)	(名)							
住所	〒	-	都道府県			市区町村			

▼連絡先 ※申請書類に不備があった場合、確認のためお電話をさせていただく場合がございます。

勤務先	-	-	(内線:)	自宅・携帯	-	-
-----	---	---	--------	-------	---	---

▼(不備があった場合の書類の返送先) 支部・所属所をご記入ください。

支部・所属所	
--------	--

▼補助金をお支払する口座情報をご記入ください ※不備があった場合、確認のためお電話をさせていただく事がございます。
(組合員様が名義人となっている口座情報をご記入ください。ゆうちょ銀行も含まれます。)

フリガナ		フリガナ	
金融機関名		支店名	
金融機関コード		支店コード	/
フリガナ		口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
口座名義人		口座番号 ※7桁	/

▼補助金の申請内容をご記入ください ※他の助成を受けた場合は助成額を差し引いた自己負担額を「健診費用」としてください。

申請内容	健診費用(税込)	補助上限額(税込)
<input type="checkbox"/> 人間ドックを受診した為、補助金を請求します。		健診費用の50%を補助。 補助上限額 15,000円(税込)

▼服薬・喫煙についてご記入ください ※こちらの問診は特定健康診査を兼ねており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。 はい 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。 はい 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。 はい 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ヵ月吸っている
条件2: 生涯で6ヵ月以上吸っている、又は合計100本以上吸っている

①はい (条件1と条件2を両方満たす)
 ②以前は吸っていたが、最近1ヶ月は吸っていない(条件2のみ満たす)
 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。 はい いいえ

<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。

事後精算 領収証貼付台紙

氏名

※領収証の原本を貼付してください

【領収証の必須項目】

- ①受診者氏名(フルネーム)
- ②受診年月日
- ③健診費用
- ④人間ドックの受診を示す但書き
- ⑤健診機関の住所・名称

【例】

①	領 収 証	②
		2000年0月0日
	イーウェル 花子 様	
③	¥ 18,500	
④	但 人間ドック費用として 上記正に領収いたします	
⑤	東京都〇〇区〇〇町1-1-1 イーウェル医院 医院長 イーウェル 太郎	

の
り
し
ろ