

# 利用者：申込の流れ①

印刷健保のホームページから  
「オンライン申込サイト」にリンク

令和6年度  
婦人生活習慣病予防健診の申込について

申込画面へ

## 画面1

東振協

東京都総合組合保健施設振興協会

都道府県・健診会場選択 ▶ 申込情報入力 ▶ 入力内容確認 ▶ 申込受付完了

オンライン申込

婦人生活習慣病予防健診

婦人生活習慣病予防健診 -健康保険組合の選択

※必ず健康保険証を参照の上、正確に入力してください。

健康保険組合

06

健康保険証の「保険者番号」を入力してください。(8桁数字「06xxxxxx」)

決定

▶ PAGE TOP

東京都総合組合保健施設振興協会 ALL RIGHTS RESERVED

加入健保組合の保険者番号を入力  
例:「06000000」(8桁)

## ! 誤った保険者番号を入力した場合

! 保険者番号が間違っているか、あなたの加入健保組合がオンライン申込を利用していない可能性があります。詳細は加入健保組合にご確認ください。

婦人生活習慣病予防健診 -健康保険組合の選択

※必ず健康保険証を参照の上、正確に入力してください。

健康保険組合

06

8桁まで入力してください。

健康保険証の「保険者番号」を入力してください。(8桁数字「06xxxxxx」)

正しい番号を再入力

# 利用者：申込の流れ②

## 画面2

**東振協**

テスト健康保険組合 ▶ 都道府県・健診会場選択 ▶ 申込情報入力 ▶ 入力内容確認 ▶ 申込受付完了

**オンライン申込**

婦人生活習慣病予防健診

東京都総合組合保健施設振興協会

婦人生活習慣病予防健診 - 都道府県・健診会場選択

※受診を希望する地域の都道府県名をクリックすると  
申込可能な健診会場が表示されます。

希望する地域の都道府県をクリック

東京都の該当健診会場 / 151ヶ所

- 自採：子宮検査 自己採取法 • 医採：子宮検査 医師採取法
- 超音波：乳房超音波検査 • マンモ：乳房マンモグラフィー検査

|                  | 会場<br>コード | 名称                | 所在地                | 自<br>採 | 医<br>採 | 超<br>音<br>波 | マン<br>モ | 受診者<br>負担金 |
|------------------|-----------|-------------------|--------------------|--------|--------|-------------|---------|------------|
| 希望する会場の「申込」をクリック | 申込        | 101 足立区勤労福祉会館     | 足立区綾瀬1-34-7        | ○      | ○      | ○           | ○       | 振込         |
|                  | 申込        | 102 エヌ・ケイ・クリニック   | 足立区綾瀬3-7-15 岩崎ビル2階 | ×      | ○      | ○           | ○       | 窓口         |
|                  | 申込        | 103 ギャラクシティ(西新井)  | 足立区栗原1-3-1         | ○      | ○      | ○           | ×       | 窓口         |
|                  | 申込        | 104 井口病院          | 足立区千住2-19          | ○      | ○      | ○           | ○       | 窓口         |
|                  | 申込        | 105 足立区舎人地域学習センター | 足立区舎人1-3-26        | ○      | ○      | ○           | ○       | 振込         |
|                  | 申込        | 106 足立区保塚地域学習センター | 足立区保塚町7-16         | ○      | ○      | ○           | ○       | 振込         |
|                  | 申込        | 107 足立区総合スポーツセンター | 足立区東保木間2-27-1      | ○      | ○      | ○           | ○       | 窓口         |

乳房検査(超音波・マンモ)の表示

受診者負担金精算事務対象健保組合のみ表示

# 利用者：申込の流れ③

## 画面3

必要事項を入力し、  
「入力内容確認」をクリック

### オンライン申込

#### 婦人生活習慣病予防健診 - 申込情報入力

※必ず健康保険証を参照の上、正確に入力してください。

※入力欄はTabキーで移動してください。

|   |   |   |
|---|---|---|
| 希望健診会場  | 足立区勤労福祉会館   |   |
| 健康保険組合  | テスト健康保険組合   |   |
| 保険者番号   | 06123456  |   |
| 被保険者証 記号                                      | <input type="text"/>  |   |
| 被保険者証 番号                                      | <input type="text"/>  |   |
| 受診者 氏名  | 姓: <input type="text"/> 名: <input type="text"/>   |   |
| 受診者 フリガナ                                      | セイ: <input type="text"/> メイ: <input type="text"/>   |   |
| メールアドレス                                       | <input type="text"/>  |   |
| 被保険者（本人）・被扶養者（家族）の別                           | <input type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 家族   |   |
| 生年月日  | 昭和▼▼年▼▼月▼▼日▼▼   |   |
| 住所  | 郵便番号  | 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> |
|   | 都道府県  | ▼ --- ▼                                       |
|   | 市区町村・番地   | <input type="text"/>                          |
|   | それ以降の住所   | <input type="text"/><br>※アパート・マンション名など        |
| 電話番号  | <input type="text"/>  |   |
| 市外局番から入力してください。<br>※半角数字のみご入力ください（「-」ハイフン不要）。 |   |   |
| 子宮検査希望  | <input type="radio"/> 自己採取 <input type="radio"/> 医師採取 <input type="radio"/> 希望しない <input type="button" value="選択してください"/> |   |
| 乳房検査希望  | <input type="radio"/> 超音波 <input type="radio"/> マンモグラフィ   |   |

入力内容確認

⚠ 誤入力・入力もれのあった場合

#### 婦人生活習慣病予防健診 - 申込情報入力

※必ず健康保険証を参照の上、正確に入力してください。

※入力欄はTabキーで移動してください。

|   |   |   |
|---|---|---|
| 希望健診会場  | 足立区勤労福祉会館   |   |
| 健康保険組合  | テスト健康保険組合   |   |
| 保険者番号   | 06123456  |   |
| 被保険者証 記号                                      | <input type="text"/> <input type="button" value="記号を入力してください"/>   |   |
| 被保険者証 番号                                      | <input type="text"/> <input type="button" value="番号を入力してください"/>   |   |
| 受診者 氏名  | 姓: <input type="text"/> 名: <input type="text"/>   |   |
| 受診者 フリガナ                                      | セイ: <input type="text"/> メイ: <input type="text"/>   |   |
| メールアドレス                                       | <input type="text"/>  |   |
| 被保険者（本人）・被扶養者（家族）の別                           | <input type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 家族 <input type="button" value="本人・家族の別を選択してください"/>                         |   |
| 生年月日  | 昭和▼▼年▼▼月▼▼日▼▼ <input type="button" value="必須"/> <input type="button" value="必須"/> <input type="button" value="必須"/>       |   |
| 住所  | 郵便番号  | 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="button" value="必須"/> |
|   | 都道府県  | ▼ --- ▼ <input type="button" value="都道府県を選択してください"/>                            |
|   | 市区町村・番地   | <input type="text"/> <input type="button" value="必須"/>                          |
|   | それ以降の住所   | <input type="text"/><br>※アパート・マンション名など  |
| 電話番号  | <input type="text"/> <input type="button" value="電話番号を入力してください"/>   |   |
| 市外局番から入力してください。<br>※半角数字のみご入力ください（「-」ハイフン不要）。 |   |   |
| 子宮検査希望  | <input type="radio"/> 自己採取 <input type="radio"/> 医師採取 <input type="radio"/> 希望しない <input type="button" value="選択してください"/> |   |
| 乳房検査希望  | <input type="radio"/> 超音波 <input type="radio"/> マンモグラフィ <input type="button" value="選択してください"/>                           |   |

入力内容確認

正しい情報を再入力

乳房検査(超音波・マンモ)の表示

# 利用者: 申込の流れ④

## 画面4

東振協

東京都総合組合保健施設振興協会

テスト健康保険組合 ▶ 都道府県・健診会場選択 ▶ 申込情報入力 ▶

オンライン申込

内容を確認し、「この内容で申込」をクリック

婦人生活習慣病予防健診 - 入力内容確認

|                     |                   |              |
|---------------------|-------------------|--------------|
| 希望健診会場              | 足立区勤労福祉会館         |              |
| 健康保険組合              | テスト健康保険組合         |              |
| 保険者番号               | 06123456          |              |
| 被保険者証 記号            | 1234              |              |
| 被保険者証 番号            | 56789             |              |
| 受診者 氏名              | 健康 花子             |              |
| 受診者 フリガナ            | ケンコウ ハナコ          |              |
| メールアドレス             | test@kenpo-net.jp |              |
| 被保険者(本人)・被扶養者(家族)の別 | 本人                |              |
| 生年月日                | 昭和50年 11月 12日     |              |
| 住所                  | 郵便番号              | 〒 130-0014   |
|                     | 都道府県              | 東京都          |
|                     | 市区町村・番地           | 墨田区亀沢1-7-3   |
|                     | それ以降の住所           | 東京都ニット健保会館5F |
| 電話番号                | 0336267504        |              |
| 子宮検査希望              | 希望しない             |              |
| 乳房検査希望              | 超音波               |              |

この内容で申込

戻る

# 利用者：申込の流れ⑤

## 画面5

東振協 東京都総合組合保健施設振興協会  
テスト健康保険組合 > 都道府県・健診会場選択 > 申込情報入力 > 入力内容確認 > 申込受付完了  
オンライン申込 婦人生活習慣病予防健診

婦人生活習慣病予防健診 - 申込受付完了

### ☑ 受付を完了しました。

受診資格を確認できない方は、後日メールでご連絡致します。

- メールアドレスの登録がない場合はメールが送信されません。
- 申込の取消・変更は電話でご連絡ください。電話番号：03-3626-7504

詳細は健康保険組合にお問い合わせください。

申込内容の確認のためこの画面を印刷・保存してください →

印刷

PDF出力

|                     |                   |              |
|---------------------|-------------------|--------------|
| 希望健診会場              | 足立区勤労福祉会館         |              |
| 健康保険組合              | テスト健康保険組合         |              |
| 保険者番号               | 06123456          |              |
| 被保険者証 記号            | 1234              |              |
| 被保険者証 番号            | 56789             |              |
| 受診者 氏名              | 健康 花子             |              |
| 受診者 フリガナ            | ケンコウ ハナコ          |              |
| メールアドレス             | test@kenpo-net.jp |              |
| 被保険者（本人）・被扶養者（家族）の別 | 本人                |              |
| 生年月日                | 昭和50年 11月 12日     |              |
| 住所                  | 郵便番号              | 〒130-0014    |
|                     | 都道府県              | 東京都          |
|                     | 市区町村・番地           | 墨田区亀沢1-7-3   |
|                     | それ以降の住所           | 東京都二ツト健保会館5F |
| 電話番号                | 0336267504        |              |
| 子宮検査希望              | 希望しない             |              |
| 乳房検査希望              | 超音波               |              |

閉じる

※「閉じる」ボタンを押すとこの画面には戻れませんのでご注意ください。

受付完了の表示

「印刷」………プリンター起動  
画面5を印刷

「PDF出力」…確認用PDFの表示

一般社団法人 東京都総合組合保健施設振興協会

婦人生活習慣病予防健診 申込受付完了（控え）

受付を完了しました。受診資格を確認できない方は、後日メールでご連絡致します。

- メールアドレスの登録がない場合はメールが送信されません。
- 申込の取消・変更は電話でご連絡ください。電話番号：03-3626-7504

詳細は健康保険組合にお問い合わせください。

※申込内容の確認のためこの控えを印刷・保管してください。

|                     |                     |              |
|---------------------|---------------------|--------------|
| 受付日時                | 2018-10-26 15:34:10 |              |
| 希望健診会場              | 足立区勤労福祉会館           |              |
| 健康保険組合              | テスト健康保険組合           |              |
| 保険者番号               | 06123456            |              |
| 被保険者証 記号            | 1234                |              |
| 被保険者証 番号            | 56789               |              |
| 受診者 氏名              | 健康 花子               |              |
| 受診者 フリガナ            | ケンコウ ハナコ            |              |
| メールアドレス             | test@kenpo-net.jp   |              |
| 被保険者（本人）・被扶養者（家族）の別 | 本人                  |              |
| 生年月日                | 昭和50年 11月 12日       |              |
| 住所                  | 郵便番号                | 〒130-0014    |
|                     | 都道府県                | 東京都          |
|                     | 市区町村・番地             | 墨田区亀沢1-7-3   |
|                     | それ以降の住所             | 東京都二ツト健保会館5F |
| 電話番号                | 0336267504          |              |
| 子宮検査希望              | 希望しない               |              |
| 乳房検査希望              | 超音波                 |              |