

【健診制度 1】健康診断WEB申込み手順

WEB申込：ログインID取得方法

LSIメディエンス

健康診断のお申込

チャットで質問

健康診断のお申込

- 健康保険組合や事業主の補助を利用し健康診断を受けるには所定の手続きが必要です。
- 健康診断当日に受診資格がない場合、受診はできません。
- 「健康診断お申込の同意事項」に同意いただけない場合、お申込はできません。

- 健康診断のお申込受付時間 午前6:00から午前1:00
※午前1:00から午前6:00の間、システムのメンテナンスを行います
- 対応ブラウザ
Microsoft Internet Explorer 11
Firefox37, Chrome42
Chrome42(on Android), Safari8(on iOS)

ログイン情報の入力

申込ハガキをお持ちの方は、記載されているログインIDとパスワードをご入力ください。

ログインID

パスワード

ログイン

申込ハガキをお持ちでない方、ログインIDをお忘れの方、新たにログインIDを取得される方は、[こちら](#)

クリック

・記号番号が変更した方は、新たにログインIDをこちらから取得をお願いします
・健診案内を紛失してログインIDが不明な方もこちらから取得をお願いします

WEB申込：ログインID取得

LSIメディエンス



健康診断のお申込

? チャットで質問

ログインIDの確認

- ログインIDを、お忘れの方
- 新たにログインIDを、取得される方

健康保険証を、お手元にご用意ください。
以下の項目の入力後、次へのボタンを、クリックしてください。

| | | |
|----|--|---|
| 必須 | 保険者番号 | <input style="width: 95%; border: 1px solid #ccc;" type="text" value="06XXXXXX"/> <small>半角数字</small> |
| 必須 | 健康保険証番号 <small>健康保険証に枝番が表記されている場合、枝番は入力不要です</small> | <input style="width: 95%; border: 1px solid #ccc;" type="text" value="XXXXXXXX"/> <small>半角英数記号</small> |
| 必須 | 名前（カナ） 例）健診 太郎の場合、タロウ | <input style="width: 95%; border: 1px solid #ccc;" type="text" value="タロウ"/> <small>全角のカタカナ、英数字、記号文字</small> |
| 必須 | 生年月日 例）1970年1月1日の場合、1970 0101 | <input style="width: 95%; border: 1px solid #ccc;" type="text" value="1970/01/01"/> <small>半角数字</small> |

戻る

次へ

WEB申込：ログインID表示

LSIメディエンス  健康診断のお申込 [? チャットで質問](#)

ログインIDの再表示

ご利用のログインIDは、以下の通りです。

| 年度 | ログインID | |
|--------|----------|---------------------------|
| 202X年度 | abcdefgh | このIDでログイン |

パスワードは、生年月日となっております。
例) 1970年1月1日の場合、19700101

[戻る](#)

クリック

お問合せ先：株式会社LSIメディエンス 健康検診事業部 電話：0120-507-066 (月～土：9時00分～17時30分)

WEB申込：ログイン

LSIメディエンス

健康診断のお申込

チャットで質問

健康診断のお申込

- 健康保険組合や事業主の補助を利用し健康診断を受けるには所定の手続きが必要です。
- 健康診断当日に受診資格がない場合、受診はできません。
- 「健康診断お申込の同意事項」に同意いただけない場合、お申込はできません。

- 健康診断のお申込受付時間 午前6:00から午前1:00
※午前1:00から午前6:00の間、システムのメンテナンスを行います
- 対応ブラウザ
Microsoft Internet Explorer 11
Firefox37, Chrome42
Chrome42(on Android), Safari8(on iOS)

ログイン情報の入力

申込ハガキをお持ちの方は、記載されているログインIDとパスワードをご入力ください。

ログインID

パスワード

パスワードは、生年月日となっております。
例) 1970年1月1日の場合、19700101

パスワードを入力して

ログイン **クリック**

- 申込ハガキをお持ちでない方、ログインIDをお忘れの方、新たにログインIDを取得される方は、[こちら](#)

WEB申込：個人情報同意

健康診断お申込の同意事項

- 次の「健康診断お申込の同意事項」に同意いただく必要があります。

○個人情報の取り扱い

お申込みの際に登録された個人情報は、受診健診機関とご加入の健康保険組合または、事業主などの健康診断委託元団体（以下「健診委託元」といいます。）に提供されます。

また、お申込みの際に登録された個人情報は、受診健診機関と健診委託元に提供され、健診結果は健診機関から受診者ご本人に報告されるほか、健診委託元にも報告されます。

法令によって認められた場合、または健康診断や特定保健指導を含む各種保健指導に関わる事務を委託する場合を除き、個人情報を上記以外の第三者に提供することはありません。

○個人情報の利用目的

- ・健診実施にかかる事務処理
- ・特定保健指導にかかる事務処理
- ・重症予防事業や治療勧奨事業などの各種保健事業にかかる事務処理

○クッキーやウェブビーコンについて

当健康診断の申込みサイトでは、お申込みに関する情報を保持するためにクッキーを使用しています。

クッキーを利用して得た情報は、決して第三者に提供することはありません。

なお、ウェブビーコンを用いた個人情報の収集は行っておりません。

個人情報の同意

個人情報の同意事項をご確認頂き、【同意する】をクリック頂いた方のみ次頁へ遷移します

同意しない

同意する

WEB申込：コース表示

LSIメディエンス
健康診断のお申込
チャットで質問

ホーム
テスト 001 様
ログアウト

お知らせ

| 掲載日 | タイトル | 内容 |
|-------------|------------------------------------|---|
| 2020年05月27日 | 新型コロナウイルス感染症対策について【健康診断受診に関する注意事項】 | <p>健康診断受診者様は、受診の際に以下ご対応を頂きますよう、お願い申し上げます。</p> <ol style="list-style-type: none"> 受診時には必ずマスクの持参と着用をお願い致します。 受診時は、事前に発熱がないか等、体調をご確認の上受診下さい。体調不良の際には、医療機関と日程変更を調整の上、弊社へ変更内容をご報告下さい。 受診の際には医療機関による案内をご確認の上、感染予防へのご協力と対応をお願い致します。 <p>厚生労働省 「健康診査実施健診機関における新型コロナウイルス感染症対策について（情報提供）」</p> |

健康診断のお申込
履歴

次のコースが、お申込可能です。

| 区分 | 対象年度 | コース |
|----|------|-------|
| 施設 | 202X | 人間ドック |

次へ

コース選択画面
ログインした対象者が受診可能なコースが表示されます。一覧より受診を希望されるコースの【健康診断申込】をクリック頂くと次画面へ遷移します。

WEB申込：健診機関検索



健診機関の検索

コース選択に戻る

検索条件を入力して健診機関を検索できます。
 ※健診機関IDもしくは健診機関名(一部でも可)のどちらか一方を入力してください。

健診機関ID

半角数字5桁 (例)01234

健診機関名

全角文字 (例)〇〇健診センター

地域(都道府県)

東京都

地域(市区町村)

全角文字 (例)千代田区

オプションを閉じる場合はこちら

● 1つ以上選択必須 ●

- 乳房マンモ
- 乳腺エコー

検索

健診機関検索

健診コースを指定した後に健診機関を検索します。ID（健診機関名簿に記載の5桁数字）、健診機関名、都道府県・市町村での検索が可能です。

※健診機関IDは必ず5桁入力が必要

※健診機関・地域については1文字以上の入力での検索可能

適用者データの都道府県が自動入力されています

WEB申込：健診機関選択

LSIメディエンス
健康診断のお申込
チャットで質問

ホーム
テスト 001 様
ログアウト

健診機関の検索
→
オプション選択
→
個人情報入力
→
お申込内容確認
→
お申込完了

健診機関の検索

コース選択に戻る
再度検索する場合はこちら

検索結果一覧 290件の健診機関が見つかりました

1 2 3

| | |
|--|------------------|
| 医療法人財団 小畑会 浜田病院 (健診機関ID: 04178) 住所: 東京都千代田区神田駿河台2-5 ファーストビル4階 TEL: 03-5280-1080 施設のウェブサイトをご覧になる方は こちら | |
| 受付停止期間 | |
| オプション | 胃カメラ |
| 負担金 | 個人負担金:13,660円 |
| 備考 | 予約方式: 直接予約・希望日併用 |

選択

社会福祉法人三井記念病院総合健診センター (健診機関ID: 04793)
 住所: 東京都千代田区神田和泉町1番地
 TEL: 0120-331-210
 施設のウェブサイトをご覧になる方は[こちら](#)

健診機関選択
 部分検索をした場合には、健診機関が一覧表示されます。ご希望の健診機関を選んでいただきます

WEB申込：オプション選択



受診オプションと受診日の入力

健診機関の検索に戻る

現在選ばれている健診機関の情報です

健診機関 : 医療法人財団 小畑会 浜田病院
 住所 : 東京都千代田区神田駿河台2-5 ファーストビル4階
 電話番号 : 03-5280-1080
 受付停止期間 :
 健診コース実施曜日 : 月 火 水 木 金 土 日 祝

予約方式：直接予約・希望日併用

オプション項目 (ご希望の項目を選択可能)

| | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 胃カメラ | <input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input checked="" type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝 |
| 脳オプション | <input type="checkbox"/> 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"/> 祝 |
| 大腸カメラ | <input type="checkbox"/> 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"/> 祝 |
| 胸CT | <input type="checkbox"/> 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"/> 祝 |

受診日の入力方式を選択して、受診日を入力してください

- 希望日入力方式 (受診を希望される日時を入力下さい。)
- 直接予約方式 (健診機関に直接電話予約のうえ、登録下さい。)

健診機関の検索に戻る

健診機関選択

健診機関を選んで頂くと、オプション・利用可能日等の詳細表示がなされます。選択したオプションにより自己負担金が発生する場合は、当該画面で確認が可能です。

負担金

個人負担金：16,960円

予約方式を選択します。

- ・希望日入力方式
- ・直接予約方式

次へ

オプション項目を受診したい場合は選択をします。

受診機関により選択できる項目が異なる場合があります。

WEB申込：受診（希望）日入力

受診日の入力方式を選択して、受診日を入力してください

- 希望日入力方式（受診を希望される日時を入力下さい。）
- 直接予約方式（健診機関に直接電話予約のうえ、登録下さい。）

健診機関の検索に戻る

次へ

- 希望日入力方式（受診を希望される日時を入力下さい。）
- 直接予約方式（健診機関に直接電話予約のうえ、登録下さい。）

以下の期間内で受診日を指定ください。
2020年03月07日～2020年03月31日

第一希望 x

第二希望 x

第三希望 x

第四希望 x

第五希望

2020 3月

| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | 2 | 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 | | | | |

第五希望まで入力が可能です。

- 希望日入力方式（受診を希望される日時を入力下さい。）
- 直接予約方式（健診機関に直接電話予約のうえ、登録下さい。）

以下の期間内で受診日を指定ください。
2020年03月07日～2020年03月31日

受診日 x

受診時刻 09 時 00 分

予約受付担当者

2020 3月

| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | 2 | 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 | | | | |

WEB申込：個人属性確認

LSIメディエンス
健康診断のお申込
チャットで質問

ホーム
テスト 001 様
ログアウト

健診機関の検索 →
 オプション選択 →
 個人情報入力 →
 お申込内容確認 →
 お申込完了

個人情報の確認と発送先情報の入力

オプション選択に戻る

現在登録されているあなたの情報です

| | |
|---------|---------------|
| 健康保険証記号 | : 99999 |
| 健康保険証番号 | : 99999001 |
| 氏名 | : テスト 001 |
| 氏名(カナ) | : テスト ゼロゼロイチ |
| 性別 | : 男性 |
| 生年月日 | : 1968年02月24日 |
| 健康保険組合名 | : 健康保険組合 |
| 会社名 | : |
| メールアドレス | : |

上記の情報が誤っている場合は、健康診断担当者まで、ご連絡ください。

個人情報の確認①
 当社にて登録されている個人情報が表示されます。
 内容をご確認頂きますが、当該画面では修正は出来ません。

WEB申込：個人情報入力

発送先情報の入力

発送先情報を入力してください

(必須) 郵便番号
 -
半角数字 (例) 123-4567

(必須) 住所

全角文字で入力してください

(必須) 電話番号

半角数字とハイフン(-)で入力してください(03-1234-5678)

(必須) 日中連絡先

半角数字とハイフン(-)で入力してください(03-1234-5678)

(任意) 発送先メールアドレス

半角英数字記号で入力してください(xxxx@example.com)

発送先メールアドレス(確認用)

半角英数字記号で入力してください(xxxx@example.com)

(注意事項)

- 入力内容をよく確認し、確実に入力してください。

個人情報の確認②
 当社にて登録されている個人情報が反映されています。健診の事前キット等の発送先・メールアドレスが変更可能です。
 変更した住所・電話番号・メールアドレス等は発送にのみ使用します。
 貴社からお預かりしたマスタを上書・変更するものではありません。

● 発送先メールアドレスに入力いただいた場合には、健診予約券はメールにて送付、未入力の場合にはハガキにて送付いたします。
 ※ 貴健保ではメールアドレスについては「必須」の設定とさせていただき、健診予約券をメールにて送付させていただくことを想定しております。

オプション選択に戻る

次へ

WEB申込：申込内容確認

[健康保険の検索](#) → [オプション選択](#) → [個人情報入力](#) → **お申込内容確認** → [お申込完了](#)

申込内容の確認

[個人情報入力に戻る](#)

| 選択したコースの情報 | | |
|------------|---------|----------------|
| コース | 人間ドック | |
| オプション | 胃カメラ | |
| 希望日 | 第一希望 | 2021年07月01日(木) |
| | 第二希望 | |
| | 第三希望 | |
| | 第四希望 | |
| | 第五希望 | |
| 自己負担金 | 16,960円 | |

| 健診機関の情報 | |
|---------|---------------------------|
| 健診機関ID | 04178 |
| 健診機関名称 | 医療法人財団 小畑会 浜田病院 |
| 健診機関住所 | 東京都千代田区神田駿河台2-5 ファーストビル4層 |
| 受付窓口 | 03-5280-1080 |
| ホームページ | http://obatakar.or.jp/ |

| あなたの情報 | |
|---------|-------------|
| 保険証記号 | 99999 |
| 保険証番号 | 99999001 |
| 氏名 | テスト 001 |
| 氏名(カナ) | テスト ゼロゼロイチ |
| 性別 | 男性 |
| 生年月日 | 1968年02月24日 |
| 健康保険組合名 | 健康保険組合 |
| メールアドレス | |

| 発送元の情報 | |
|---------|--------------------|
| 郵便番号 | 101-8517 |
| 住所 | 東京都千代田区内神田一丁目13番4号 |
| 電話番号 | 03-5577-0611 |
| 日中連絡先 | 080-9154-8587 |
| メールアドレス | |

申込内容の確認
 受診者の申込した内容の最終確認となります。
 内容に齟齬が無い事をご確認頂き、【上記内容
 で申込】をクリック頂くと申込が確定いたします。

[個人情報入力に戻る](#)
[上記内容で申込](#)