# 利用者:申込の流れ①







### 利用者:申込の流れ③

ンライン申込		必要事項を入力し、			
女性生活習慣病予防健診 – 申込	情報入力	「人刀内谷確認」をクリック			
<ul> <li>取得した個人情報は健診・特定保健指 ことはありません。</li> <li>個人情報は、健診・特定保健指導の到 同で利用します。</li> </ul>	皆導の実施のために利用し 尾施に必要なため、当協会	vます。それ以外の目的で利用する e、健康保険組合及び医療機関が共	<u></u> !	∖ 誤入力・入	、カもれのあった場合
<ul> <li>当協会のプライバシーポリシーはこち</li> </ul>	5らをご覧下さい。		女	性生活習慣病予防健診	- 申込情報入力
http://www.toshinkyo.or.jp/outlin	e/kojin.html		※必ず後	腰保険証を参照の上、正確に入	カしてください。
• 当協会の個人情報の取り扱いに同意の	のうえ、お申し込みをお願	いいたします。	※入力權	#はTabキーで移動してください。	
			希望健認	会場	足立区勤労福祉会館
※ 必り健康保険証をご参照の上、止難に ※ ふわ想は たんような教師レオイゼナ!	LADUCCEEU.		健康保険	湘合	テスト健康保険組合 061324F6
※ 入力欄は IdD 十一 C存動してくたさい ※19/2510-0-19			被保险者	(7) (17) 178	106123436
中重健影云 <del>像</del>	定立 いた たい		被保険者	証 番号	#日を入力してくだ
	テ人下健康保険組合		受診者」	5名	姓: 必須 名: 必須
保険者番号	06123456		受診者	フリガナ	セイ: 必須 メイ: 必須
被保険者証 記号			マルーメ	"ドレス	
被保険者証 番号			被保険者	f(本人)・被扶養者(家族)の別	<ul> <li>◎ 木人 ◎ 家族</li> <li>木人・家族の別を選択してください</li> </ul>
受診者 氏名	姓: 名:		生年月E	1	昭和▼▼年▼必須▼月▼必須▼日▼必
高診業 フリガナ				郵便番号	T 2338 - 2338
	un.	×1:		都道府県	▼ ▼ 都道府県を選択してください。
メールアドレス			住所	市区町村・雷地	24.00
被保険者(本人)・被扶養者(家族)の別				それ以降の住所	
生牛月日	昭和✔▼年✔ ▼月・		雷話番目	1	■ 「「「「「「」」」」 「「「」」」 「「」」」 「「」」」 「」」 「」」」 「」」」 「」 「
郵便番号	〒		市外局番	から入力してください。	※半角数字のみご入力ください(「-」ハイフン不要)
都道府県	▼ ▼		子宮検査	術望	◎ 自己採取 ◎ 医師採取 ◎ 希望しない 選択して
住所 市区町村 · 番地			乳房検査	(希望	◎ 超音波 ◎ マンモグラフィー 選択してください。
それ以降の住所					入力内容確認
	※アパート・マンション名	はど	L		
電話番号 市外局番から入力してください。	※半角数字のみご入力くだ	さい(「-」ハイフン不要)。			正しい情報を再
子宮検査希望	○自己採取 ○医師採取	○希望しない		L	
乳房検査希望	○ 超音波 ○ マンモグラ	71-	[		
				到 更	音波・マンモ)の表示
		I			

# 利用者:申込の流れ④

#### 画面4

<b>~</b> ₩2				
女性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)		本人		
生年月日		昭和50年 11月 12日		
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		
	E活習慣病予防健診 - 会場 組合 書 正記号 正部号 乙 リガナ ドレス (本人)・被扶養者(家族) 郵便番号 都道府県 市区町村・番地 それ以降の住所 希望 希望	E活習慣病予防健診 - 入ご 会場 日本		

# 利用者:申込の流れ⑤

