

# オンライン予約申込手順

ログイン

生年月日と保険証情報  
をご入力ください

## 基本情報入力

住所・電話番号・携帯電話  
番号・メールアドレスをご入力  
ください（必須）

届出のご住所・ご登録済み  
のメールアドレスがある方につ  
いては、予め表示されてお  
ります。変更される場合のみ、  
修正をお願いいたします。

## 医療機関選択

プルダウンよりお選びください

## コース選択

## オプション選択

ご希望の箇所にチェックを入れて  
ください  
コースを選択していただくとオ  
プションが表示されます

## 希望日入力

- ・枠あり  
→カレンダーに表示されている日時を選択
- ・枠なし  
→カレンダーより第5希望まで選択

## 規約/確認事項

利用規約と確認事項をお読  
みいただき、「同意する」に  
チェックをお願いいたします

## 入力内容確認

ご入力内容に誤りが無いか  
ご確認ください

送信

申込完了メールがご登録の  
メールアドレスへ送付されます

予約フォーム認証

生年月日・保険証情報を入力して送信ボタンを押してください。

生年月日

年

月

日

保険証情報

記号

番号

枝番

送信

郵便番号

必須

半角数字・ハイフンなし(例1201234)

住所を取得

ご住所

都道府県・市区町村 必須

都道府県市区町村

番地・建物名 必須

番地・建物名

電話番号

必須

半角数字(例 09011112222)

携帯電話番号

必須

半角数字(例 09011112222)

メールアドレス

必須

メールアドレスを入力してください

受診希望医療機関

必須

中京サテライトクリニック

コース選択

必須

Aコース

土曜日受診の場合は予約確定時に1,000円自己負担が追加されます。  
自己負担額：¥6,000円

婦人コース

コースには乳がんマンモグラフィ検査と子宮がん検査（自己）が含まれています。子  
宮がん検査を医師採取にする場合はオプションとなります。  
自己負担額：¥4,000円

オプション検査

脳ドック

自己負担額：¥10,000円

胃カメラ変更（経口）

自己負担額：¥2,200円

胃カメラ変更（経鼻）

自己負担額：¥2,200円

乳がん超音波

自己負担額：¥1,000円

乳がんマンモグラフィ

自己負担額：¥1,000円

子宮がん（自己採取）

自己負担額：¥1,000円

子宮がん（医師採取）

受診予定日時

必須

選択する

利用規約

確認事項と規約をお読みになり、同意の上チェックしてください。

必須

同意する

利用規約を選択してください

!

- 予約枠の無い医療機関については、日程調整後予約確定メールを送付いたします。
- 予約枠のある医療機関は、お申込み締切後に、予約確定メールを送付いたしますが、入力いただいた日時が変更されることは、基本的にはございません。
- 入力内容の確認メールが自動送信されなかった場合、メールアドレスの入力間違いが考えられますので再度予約フォームへアクセスいただき、入力内容をご確認ください。  
入力内容が間違っている場合は、「予約内容変更」より再入力もしくは「予約問い合わせフォーム」よりメールアドレスを記載し、送信していただきますようお願い申し上げます。

# オンライン予約変更手順

ログイン

予約時と同様に  
生年月日と保険証情報  
をご入力ください

予約枠のある医療機関

- ・中京サテライトクリニック
- ・半田市医師会
- ・刈谷豊田総合病院
- ・豊田地域医療センター
- ・中野胃腸病院
- ・岡崎市医師会

予約変更/キャンセル

ページ最下部のボタンをいずれかを押してください。

非実施検査

受診予定日時 2021年05月10日 09:00～

備考

予約内容変更

予約キャンセル

予約フォームが表示されます。  
選択内容を変更し、  
再送信してください

確認メッセージが出ますので、「OK」を選択しキャンセルを確定してください。

再度ログインすると予約フォームを新たに  
入力することができます。

予約枠のない  
その他医療機関

問い合わせフォーム

ページ最下部の問い合わせフォームを押してください。

非実施検査

受診希望日 2021年05月23日  
2021年05月24日  
2021年05月26日  
2021年05月12日  
2021年05月20日

備考

予約変更問い合わせフォーム

メールアドレス

必須

info-kenshin@goodld.com

問い合わせ内容

医療機関の変更を希望します。  
中京サテライト→知多クリニック  
希望日①5/10②5/11③5/17④5/18⑤5/31  
希望オプション：胃カメラ変更

送信

戻る

ご連絡を希望されるメールアドレスをご入力ください（必須）  
問い合わせ内容を入力して、送信してください。

グッドライフデザインより、メールアドレスへご連絡をいたします。

## 株式会社グッドライフデザイン

<問い合わせ先>

メール i3-info-kenshin@goodld.com

TEL : 0120-25-7725 FAX : 050-6875-3778