

女性生活習慣病予防健診の申込方法

- (1) 下記QRコードをスマートフォン等で読み取り、または下記URLをクリックし、東振協「オンライン申込サイト」にアクセスしてください。



東振協「オンライン申込サイト」

<https://system.toshinkyō.or.jp/fujinka>

- (2) 入力欄に「135388」と入力してください。

東振協 東京都総合組合保健施設振興協会

東京都総合組合保健施設振興協会

東京都・健康保険組合 > 都道府県・健診会場選択 > オンライン申込 > 入力内容確認 > 申込受付完了

オンライン申込 女性生活習慣病予防健診

女性生活習慣病予防健診・健康保険組合の選択

※必ず健康保険証等を参照の上、正確に入力してください。

健康保険組合 135388 を入力

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」)

「健康診査における個人情報の取扱いについて」に同意します。 「個人情報の取扱いについて」内容確認の上、同意欄にチェック

決定 決定

・ PAGE TOP

東京都総合組合保健施設振興協会 ALL RIGHTS RESERVED

- (3) ご希望の都道府県をクリックし、「令和8年度 秋季女性生活習慣病予防健診実施会場一覧表」を確認いただき、会場コードをご選択ください。

東振協 東京都総合組合保健施設振興協会

東京都総合組合保健施設振興協会

東京都・健康保険組合 > 都道府県・健診会場選択 > オンライン申込 > 入力内容確認 > 申込受付完了

オンライン申込 女性生活習慣病予防健診

女性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検査

会場コード	名称	所在地	自採	医採	超音波	マンモ	受診者負担金
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)	足立区東原1-3-1	○	○	○	×	窓口
申込 104	井口病院	足立区千住2-1-9	○	○	○	○	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

希望する会場の「申込」をクリック

(4) 受診者情報を入力してください。

※ 健康保険の記号・番号につきましては、当組合発行の資格情報のお知らせ、資格確認書、又はマイナポータルで確認出来ます。

オンライン申込 婦人生活習慣病予防健診

女性生活習慣病予防健診 - 申込情報入力

- 取得した個人情報(健康診・特定保健指導の実施のために利用します。それ以外の目的で利用することはありません。
- 個人情報は、健康診・特定保健指導の実施に必要なため、当協会、健康保険組合及び医療機関が共同で利用します。
- 当協会のプライバシーポリシーはこちらをご覧ください。
<http://www.toshinkyō.or.jp/outline/kojin.html>
- 当協会の個人情報の取り扱いに同意のうえ、お申し込みをお願いいたします。

※ 必ず健康保険証をご参照の上、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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/>
郵便番号	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>
都道府県	<input type="text"/>
住所 市区町村・番地	<input type="text"/>
それ以降の住所	<input type="text"/> ※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。	※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
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

必要事項を入力し、
「入力内容確認」をクリック

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

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)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 東京都ニッパ健保会館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

内容を確認し、
「この内容で申込」をクリック

(5) 受付が完了しましたら、**受付完了画面を印刷又はスクリーンショットで保存してください。**

※ 受付完了の通知メールは送信されません

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 女性生活習慣病予防健診

女性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。

- 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 11日
郵便番号	〒130-0014
都道府県	東京都
住所	市区町村・番地 墨田区亀沢1-7-3
それ以降の住所	東京都ニッポ健保会館5階
電話番号	0336267504
子宮検査希望	医師採取
乳房検査希望	超音波
個人情報の利用目的	同意する

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

「PDF出力」・・・確認用PDFの表示



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・保存してください。

受付日時	2023-05-02 13:17:15
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 11日
郵便番号	〒130-0014
都道府県	東京都
住所	市区町村・番地 墨田区亀沢1-7-3
それ以降の住所	東京都ニッポ健保会館5階
電話番号	0336267504
子宮検査希望	医師採取
乳房検査希望	超音波
個人情報の利用目的	同意する