

オンライン予約申込手順

申込はこちら↓



ログイン

生年月日と健康保険の番号等
をご入力ください

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

保険証情報

記号 番号 枝番

送信

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

- ・予約枠あり医療機関
→カレンダーから選択可能日時を選択
- ・予約枠なし医療機関
→カレンダーより第5希望まで選択 備考

備考

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

郵便番号	必須	<input type="text" value="半角数字・ハイフンなし(例1201234)"/>	<input type="text" value="住所を取得"/>
ご住所	都道府県・市区町村 必須	<input type="text" value="都道府県市区町村"/>	
	番地・建物名 必須	<input type="text" value="番地・建物名"/>	
電話番号	必須	<input type="text" value="半角数字(例 09011112222)"/>	
携帯電話番号	必須	<input type="text" value="半角数字(例 09011112222)"/>	
メールアドレス	必須	<input type="text" value="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	<input type="text" value="中京サテライトクリニック"/>	
コース選択	必須	<input checked="" type="checkbox"/> 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	
		<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 脳ドック 自己負担額：¥10,000円	
		<input type="checkbox"/> 胃カメラ変更（経口） 自己負担額：¥2,200円	

受診予定日時 必須

注 ※予約枠ありの医療機関について、備考欄に記入された日程に関する希望は、
お受付できませんので、枠のある日付からご選択ください。
※夫婦同日をご希望の場合は、備考欄に配偶者様の氏名をご記入ください。

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(4/23以降)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。
- 申込完了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。
- 入力内容の変更や誤りがある場合は、「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、送信ください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
生年月日と健康保険の番号等
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
- ・さくら医院

予約枠のない
その他医療機関

予約変更/キャンセル

問い合わせフォーム

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。

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