

受診者様用 Webによる健診の申込手順

1. ログイン ID認証①

ログインURL <https://www.tme.wemex.com/mestfweb/>

※検索エンジンで検索頂くことも可能です。

WEMEX

健康診断のお申込

チャットで質問

お知らせ

システムメンテナンス等が予定された場合はこちらに表示されます。

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, Microsoft Edge94
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](#)

CLICK

1. ログイン ID認証②

ご本人確認のため、必要な事項を入力頂きます。



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 type="text" value="06XXXXXX"/>
		半角数字
必須	健康保険証番号	<input type="text" value="XXXXXXXX"/>
		半角英数記号
必須	名前(カナ)	<input type="text" value="タロウ"/>
	例) 健診 太郎の場合、タロウ	全角のカタカナ、英数字、記号文字
必須	生年月日	<input type="text" value="1970/01/01"/>
	例) 1970年1月1日の場合、1970 0101	半角数字

戻る

次へ

CLICK

健康保険証の
記載番号を
入力する

健康保険 被保険者証	本人	交付日 平成30年00月00日
記号・番号	記号 ××××	番号 △△△△△△
生年月日 資格取得日		
事業所名称	株式会社○○○○	
保険者所在地 東京都千代田区丸の内2丁目3番1号		
保険者名称 ○○○○健康保険組合		
保険者番号 ××××××××		Tel. 03-1234-5678

1. ログイン ID認証③

ご利用いただけるログインIDが表示されます。選択出来る年度を選択します。



健康診断のお申込

年度	ログインID
20**年度	nwycafvn

このIDでログイン **CLICK**

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

お知らせ

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, Microsoft Edge94
Firefox37, Chrome42
Chrome42(on Android), Safari8(on iOS)

ログイン情報の入力

申込/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
nwycafvn

パスワード

ログイン **CLICK**

- 申込/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](#)

トップ画面に戻ると、ログインIDが自動入力されてます。パスワードを入力します。
※パスワードは生年月日となっております。

2. 同意事項確認①



健康診断のお申込

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利用しています。

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。

サンプル画面

同意しない

同意する

CLICK

2. 同意事項確認②

○個人情報の取り扱い

お申し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や、事業所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

- ・事業所へ納品する健診結果(CSV)の電子データの作成
- ・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
- ・重症化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

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

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。

○個人情報の取り扱いに関するお問い合わせ窓口

個人情報の開示、訂正、削除の求めなど個人情報に関する取り扱いについては、下記の窓口までお問い合わせください。

ウィーメックス株式会社 ウェルネス事業部 健康検診部

〒150-0002 東京都渋谷区渋谷三丁目25番18号

TEL:0120-507-066

FAX 03-5994-2131

3. 受診コースの選択

受診できるコースが表示をされます。（それ以外のコースは非表示です。）



健康診断のお申込

ホーム FAQ テスト 00005 様 [ログアウト](#)

お知らせ

掲載日	タイトル	内容
-----	------	----

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	20**	人間ドック	次へ
施設	20**	基本健診	次へ
巡回	20**	巡回レディース健診	次へ

CLICK

4. 受診機関の検索

受診する健診機関を検索します。

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

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)

地域(市区町村)
全角文字 (例)千代田区

オプションを聞ける場合はこちら

1つ以上選択必須

乳房マンモ
 乳腺エコー

検索 **CLICK**

適用データの都道府県が自動入力されています

空欄でも検索可能ですが、契約医療機関数が多い場合、通信環境によっては表示にお時間がかかる場合があります。受診される機関がきまっている場合には検索ワードを入力されることをお勧めします。

5. 受診機関の選択

受診する健診機関を選択します。

検索結果一覧 1件の健診機関が見つかりました

医療法人社団同友会 春日クリニック (健診機関ID: 04199)
住所: 東京都文京区小石川1-12-16 TGビル
TEL: 03-3816-5840
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	<input type="checkbox"/> 乳房マンモ <input type="checkbox"/> 乳腺エコー
負担金	個人負担金:0円
備考	予約方式: 直接予約方式と希望日記入方式の併用

選択

CLICK

コース選択に戻る

6. 受診日入力方式の選択

受診日の入力方式を選択します。

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

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 : 医療法人社団同友会 春日クリニック
住所 : 東京都文京区小石川 1-12-16 TGビル
電話番号 : 03-3816-5840
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 : 直接予約方式と希望日記入方式の併用

選択項目 (必ず1つ以上選択してください)

<input type="checkbox"/> 乳房マンモ	<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
<input type="checkbox"/> 乳腺エコー	<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

負担金

個人負担金 : 0円

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](#)

予約方式を選択します。
・希望日入力方式
・直接予約方式

7. 受診日入力方式の入力

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。

20**年4月1日 ~ 20**年12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

20** 4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					

第五希望まで入力することをお勧めいたします。

- 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。

20**年4月1日 ~ 20**年12月31日

受診日 x

受診時刻 09 時 00 分

予約受付担当者

20** 4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					

8. 受診者個人情報の確認と入力①

ホーム FAQ 勅使河原左衛門三部 様 ログアウト

健康保険証選択 オプション選択 **個人情報入力** 中心 中心完了

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 : 1001
健康保険証番号 : 0000000001
氏名 : 勅使河原左衛門三部
氏名(カナ) : テシガワラサエモンサブロウ
性別 : 男性
生年月日 : 1963年8月4日
健康保険組合名 : 勅使河原グループ健康保険組合
会社名 : 勅使河原ホールディングス
メールアドレス : xxxxxxxxxxxxxxx@xxxxx.co.jp

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。

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
[] - []
※角数字 (例) 123-4567

(必須) 住所
[]
※角数字で入力してください

(必須) 電話番号
[]
※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
[]
※角数字とハイフン(-)で入力してください (03-1234-5678)

(任意) メールアドレス
[]
※角数字半角記号で入力してください (xxxx@example.com)

(任意) メールアドレス(確認用)
[]
※角数字半角記号で入力してください (xxxx@example.com)

オプション選択に戻る 次へ

適用データの内容が表示をされます。

詳細は次頁を参照ください。

9. 申込内容の確認

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

申込内容の確認

[個人情報を入力に戻る](#)

選択したコースの情報	
コース	人間ドック
オプション	20**年〇月〇日(木)
受診日	
受診時刻	09時00分
予約受付担当者	
自己負担金	0円

健診機関の情報	
健診機関ID	04199
健診機関名称	医家法人社団司友会 春日クリニック
健診機関住所	東京都文京区小石川1-12-16 TGビル
受付窓口	03-3816-5840
ホームページ	http://www.kasuga-clinic.com/

あなたの情報	
保険証記号	04444
保険証番号	99990004
氏名	テスト 00005
氏名(カナ)	テスト セロゼロゼロゼロゴ
性別	女性
生年月日	1980年05月06日
健康保険組合名	
メールアドレス	

発送先の情報	
郵便番号	123 -4567
住所	東京都千代田区内神田1-13-4
電話番号	03-1111-1111
日中連絡先	03-1111-1111
メールアドレス	

[個人情報を入力に戻る](#) [上記内容で申込](#)

修正がある場合には戻る

CLICK

10. 申込完了



健康診断のお申込を承りました

受診日時が確定(確認)しましたら、ウィーメックス株式会社から「健診予約券」をお送りいたします。(確認した受診日時などが記載されたハガキ)

受診希望に添えない場合などには登録された電話番号に健診機関、またはウィーメックス株式会社から連絡をいたします。お申込内容の確認は再度ログインしてください。

受診日には「健康保険証」「自己負担金」(有の場合)をご持参ください。

受診窓口で「健康保険証」の提示がない場合、健診費用は全額自己負担 になる場合があります。ご注意ください。

お申込ありがとうございました。

お問合せ先：ウィーメックス株式会社 健康検診部 電話：0120-507-066 (月～土：9時00分～17時30分)