

音羽健康保険組合様
がん検診_予約申込サイトご利用案内

2025年03月10日

H.U.ウェルネス株式会社

ご利用の流れ

1. 予約システムにログイン

※初回の方は、新規登録。

※昨年からの利用の方は、パスワード再発行よりお願いします

2. システムの利用規約及び健診結果の共同利用の同意

3. 医療機関、コースの選択

4. 受診希望日を第一から第三希望日まで選択

5. 予約申込完了。申込完了メールが届きます

6. 予約結果のメールが届きます。

※予約が取れなかった場合、再予約となります

7. 受診日時にて医療機関で検査を受診

8. 受診後、医療機関から結果票が郵送されますので、ご確認ください

1.新規登録①初めてご利用の方_新規登録画面へ

ログイン画面

新規登録画面




Ord-Mc
 Order for Medical Checkup
 音羽健康保険組合 がん検診

初めてご利用の方

新規登録

新規登録がお済みの方

メールアドレス

パスワード

ログイン

パスワードをお忘れの方/有効期限切れの方

パスワード再発行

利用可能なブラウザ: Chrome, Safari, Microsoft Edge, Firefox




新規登録

登録メールアドレス **必須** ①
 既に登録済みのメールアドレスは使用できません
 予め「@hugg.com」からのメールを受信できるよう設定ください

ログインパスワード **必須** ※パスワードの有効期限は90日
 ※パスワードは大文字、小文字、数字を混ぜて8桁以上してください
 第三者から推測されやすい生年月日、電話番号、住所等は避けてください

メールアドレス

パスワード

確認のため、もう一度ご入力ください

お名前 **必須** 保険証に記載のお名前 (全角)
 ※姓名の間には全角スペースを入れてください

フリガナ **必須** 保険証に記載のフリガナ (全角)
 ※セイメイの間には全角スペースを入れてください

例) 健診 太郎

例) ケンシン タロウ

生年月日 **必須**

1980 年 - 月 - 日

性別 **必須**

男性 女性

保険証記号/番号 **必須** 保険証に記載の記号/番号を半角で入力してください

記号 半角数字

番号 半角数字

所属事業所

所属事業所名を入力してください

ご住所 **必須** 受診票、健診キット、結果票をお送りするための住所です
 番地、ビル・マンション名、部屋番号も必ず入力ください
 確実にお手元に届くように記載ください (会社宛の場合は、社名・部署名も必須)

郵便番号 123 - 4567

都道府県 選択してください

市区町村・番地 例) 新宿区〇〇11-111 アパート名101号室

お電話番号 **必須** 日中連絡が取れる番号を入力ください
 医療機関から直接連絡がある場合があります

個人情報保護規約を確認して同意する **必須**

登録する

[ログインへ戻る](#)

1.新規登録②初めてご利用の方_新規登録画面の入力

必要事項を入力し、個人情報の取り扱いに関する同意に進んでください。



新規登録

登録メールアドレス 必須 既に登録済みのメールアドレスは使用できません
 予め「@hugg.com」からのメールを受信できるよう設定ください

メールアドレス

ログインパスワード 必須 ※パスワードの有効期限は90日
 ※パスワードは大文字、小文字、数字を混ぜて8桁以上にしてください
 ※第三者から推測されやすい生年月日、電話番号、住所等は避けてください

パスワード

確認のため、もう一度ご入力ください

お名前 必須 保険証に記載のお名前（全角）
 ※姓名の間には全角スペースを入れてください

フリガナ 必須 保険証に記載のフリガナ（全角）
 ※セイメイの間には全角スペースを入れてください

例) 健診 太郎

例) ケンシン タロウ

生年月日 必須 1980 年 - 月 - 日

性別 必須 男性 女性

保険証記号/番号 必須 保険証に記載の記号/番号を半角で入力してください

記号 半角数字

番号 半角数字

所属事業所

所属事業所名を入力してください

ご住所 必須 受診票、健診キット、結果票をお送りするための住所です
 番地、ビル・マンション名、部屋番号も必ず入力ください
 確定にお手元によくように記載ください（会社宛の場合は、社名・部署名等必須）

郵便番号 123 - 4567 都道府県 選択してください

市区町村・番地 例) 新宿区〇〇11-111 アパート名101号室

お電話番号 必須 日中連絡が取れる番号を入力ください
 医療機関から直接連絡がある場合があります

- -

個人情報保護規約を確認して同意する 必須

[ログインへ戻る](#)

●登録メールアドレス

※ログイン時にご入力いただくメールアドレスになります。

※携帯電話のメールアドレスの場合は受信拒否設定がされていないかご確認ください。
 PCからの受信を拒否に設定されますとメールが届きません。

●新規ログインパスワード

※ログイン時にご入力いただくパスワードになります。

※パスワードは大文字、小文字、英数字を混ぜて、8桁以上にしてください。

●ご住所

入力いただいた住所に健診機関から書類が届きます。
 現在お住いの住所を入力してください。

1.新規登録③個人情報の取り扱いに関する同意

個人情報の取り扱いに関する同意書を確認の上、同意をお願いします。

個人情報の取り扱いに関する同意書

H.U.ウェルネス株式会社（以下「弊社」といいます。）は、ご利用者が所属されている団体（企業または健康保険組合）（以下「所属先」といいます。）からのご依頼を受け、健康診断実施のコーディネートサービス（以下「本サービス」といいます。）をご提供しております。

本サービスにおけるご利用者の個人情報のお取り扱いについて、以下の事項をお読みいただき、内容にご同意いただける場合には、下方の「同意する」ボタンを押下してお進みください。

1. 個人情報とは

個人情報とは、個人情報の保護に関する法律（以下「法」といいます。）第2条第1項第1号または同条項第2号に該当する情報をいい、これにはご利用者の氏名・生年月日・住所・電話番号・電子メールアドレス・ご利用者が受診された健康診断（がん検診含む）の結果等が含まれます。

2. 個人情報の取得

弊社は、本サービスに関連してご利用者の個人情報を取得します。これには、弊社がご利用者から直接取得する場合のほか、ご利用者が健康診断の予約を申し込まれた弊社の提携医療機関（以下「提携医療機関」といいます。）がご利用者の健康診断の結果等を弊社に対して提供することにより取得する場合があります。

3. 個人情報の利用目的

弊社は、本サービスに関連して取得する個人情報を、以下の目的のために利用するものとし、その他の目的には利用いたしません。

- (1) 健康診断のご予約情報の管理および提携医療機関に対するご予約情報の提供
- (2) ご利用者の所属先に対する健康診断の結果報告
- (3) ご利用者様のご登録情報等に関する経年管理
- (4) 本サービスの改善
- (5) ご利用者様の同意に基づく第三者への提供

同意しない

同意する

1.新規登録④新規登録完了

【登録する】を押して完了となります。完了画面の表示とメールが届きます。

新規登録

登録メールアドレス 必須 既に登録済みのメールアドレスは使用できません。予め「@hugg.com」からのメールを受信できるよう設定ください。

メールアドレス

ログインパスワード 必須 ※パスワードの有効期限は90日
※パスワードは大文字、小文字、数字を混ぜて8桁以上にしてください
※第三者から推測されやすい生年月日、電話番号、住所等は避けてください

パスワード

確認のため、もう一度ご入力ください

お名前 必須 保険証に記載のお名前（全角）
※姓名の間には全角スペースを入れてください

フリガナ 必須 保険証に記載のフリガナ（全角）
※セイメイの間には全角スペースを入れてください

例) 健診 太郎 例) ケンシン タロウ

生年月日 必須 1980 年 - 月 - 日

性別 必須 男性 女性

保険証記号/番号 必須 保険証に記載の記号/番号を半角で入力してください

記号 半角数字 番号 半角数字

所属事業所

ご住所 必須 受診票、健診キット、結果票をお送りするための住所です
番地、ビル・マンション名、部屋番号も必ず入力ください
確定にお手元に届くように記載ください（会社宛の場合は、社名・部署名等必須）

郵便番号 123 - 4567 都道府県 選択してください

市区町村・番地 例) 新宿区〇〇11-111 アパート名101号室

お電話番号 必須 日中連絡が取れる番号を入力ください
医療機関から直接連絡がある場合があります

個人情報保護規約を確認して同意する 必須

登録する

[ログインへ戻る](#)

ご登録ありがとうございます

新規の登録を受付いたしました。まだ登録は完了していません。

ご登録いただきましたメールアドレス宛に「ご登録受付メール」を送信いたしました。メールに記載されたURLからログインしていただくことで新規登録が完了となります。

【●●●●●●●●】ご登録ありがとうございました

テスト テスト (テスト テスト) 様

健康診断予約管理システムへのご登録、ありがとうございました。
予約管理システムにログインして、予約登録してください。
健康診断予約管理システムにログインするボタンが表示されていない場合は、以下よりログインしてください。
<https://●●●●●●●●>

本メールは送信専用アドレスのため、返信はお受けしておりません。
質問などがございましたら、以下までお問い合わせください。

お問合せ窓口：H.U.ウェルネス健康診断予約センター
電話番号：●●●●●●●●
受付時間：9:00～17:30（平日のみ）※土日祝日、年末年始はお休み
メールアドレス：●●●●●●●●

1.新規登録①昨年からご利用の方_パスワード再発行画面へ

ログイン画面



Ord-Mc
Order for Medical Checkup

音羽健康保険組合 がん検診

初めてご利用の方

新規登録

新規登録がお済みの方

メールアドレス

メールアドレス

パスワード

ログイン

パスワードをお忘れの方/有効期限切れの方

パスワード再発行

利用可能なブラウザ: Chrome、Safari、Microsoft Edge、Firefox



パスワード再発行画面



パスワード再発行

メールアドレス **必須**

メールアドレス

生年月日 **必須**

1985 年 1 月 1 日

お名前 **必須** 保険証に記載のお名前 (全角)
※姓名の間には全角スペースを入れてください

例) 健診 太郎

フリガナ **必須** 保険証に記載のフリガナ (全角)
※セイメイの間には全角スペースを入れてください

例) ケンシン タロウ

保険証記号 **必須** 保険証に記載の記号 (半角数字)

半角数字

保険証番号 **必須** 保険証に記載の記号 (半角数字)

半角数字

更新する

[ログインへ戻る](#)

1.新規登録②昨年からご利用の方_パスワード再発行へ

【更新する】を押して完了となります。パスワード再発行のメールが届きます。

パスワード再発行

メールアドレス 必須

生年月日 必須

1985 年 1 月 1 日

お名前 必須 保険証に記載のお名前 (全角)
※姓名の間には全角スペースを入れてください

フリガナ 必須 保険証に記載のフリガナ (全角)
※セイメイの間には全角スペースを入れてください

保険証記号 必須 保険証に記載の記号 (半角数字)

保険証番号 必須 保険証に記載の記号 (半角数字)

更新する

[ログインへ戻る](#)

テスト 本人 男性 (テスト) 様

パスワードを再設定いたしました。

仮パスワード: mHidtbRDKT46wY6O

以下ボタンをクリックして[ログイン](#)後、必ずパスワードの再設定を行ってください。

[人間ドック予約システムにログインする](#)

ボタンが表示されていない場合は、以下 URL より[ログイン](#)ください。

<https://otw-dock-kenshin-stage.azurefd.net/voyaku/login>

セキュリティ上、仮パスワードの有効期限は、24時間とさせていただきます。
 有効期限が切れてしまった場合は、お手数ですが、再度パスワードの設定をお願いいたします。

※このメールは、パスワードの再設定をされた方にお送りしております。
 お心当たりのない場合は、破棄ください。

※本メールは送信専用アドレスです。
 質問などがございましたら、以下までお問い合わせください。

お問い合わせ窓口: 音羽健康保険組合 予約センター
 電話番号: 03-6895-3776
 受付時間: 9:00~17:30(平日のみ) ※土日祝日、年末年始はお休み
 メールアドレス: info-otw@dock-support.com



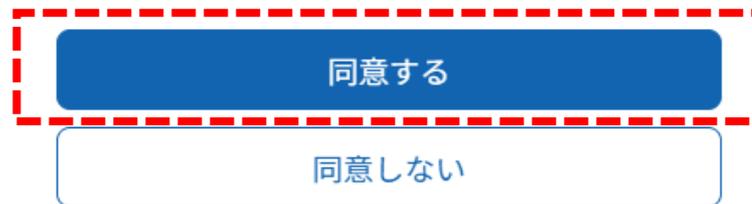
2.3.ログイン・結果の利用の確認画面に進む

メールアドレスとパスワードを入力して【ログイン】を押すと、結果の利用の確認画面が表示されますので、選択してください。




がん検診結果の利用についての確認

個人のすべてのがん検診の結果を健康保険組合と事業主とで、共同利用することに同意しますか。



4.ご希望の医療機関の選択

人間ドックの予約をクリックし、ご希望の医療機関を選択して、確定ボタンを押してください。
 ※医療機関名、地域にて検索ができます。
 初期は、お住いの地域の医療機関が表示されております。



医療機関選択 ×

ご希望の医療機関の「選択」ボタンを押してください。
 選択いただいた健診機関であれば、「医療機関を確定する」ボタンを押してください。

東京都 ▼
地区① ▼
地区② ▼
検索
クリア

「お住いの県」の医療機関が初期設定されております。
 他県の医療機関を表示するには、県名を変えてから、検索ボタンを押してください。
 全国の医療機関を一覧で表示するには、県名をクリアにしてから、検索ボタンを押してください。

10 ▼ 件表示

医療機関名	住所	
テストクリニック	新宿区西新宿新宿三井ビル9階	選択
東京都予防医学協会	新宿区市谷砂土原町1-2	選択
東京ミッドタウンクリニック	港区赤坂9-7-1ミッドタウンタワー6F	選択
ニースとからだの元気プラザ	千代田区神田神保町1-105三井ビルディング15・2F	選択

医療機関を確定する

5.ご希望のコースとオプション検査の選択

ご希望のコースにチェックを入れ、選択してください。

コース選択

×

コースを選択してください

セットA (同日受診/マンモグラフィ+子宮頸がん)

セットB (同日受診/乳房エコー+子宮頸がん)

マンモグラフィ (視触診なし)

マンモグラフィ (視触診あり)

乳房エコー (視触診なし)

乳房エコー (視触診あり)

子宮頸がん (内診・細胞診・経膈エコー)

コースを確定する

6.ご希望の受診日を3つ選択

ご希望の医療機関のカレンダーから第1～第3希望日までを選択してください。

※時間の指定はできません（予約確定時に医療機関から時間が指定されます）

※医療機関からのお知らせがありますので、カレンダー上部の記載事項を確認ください

健診希望日

第1希望日 必須

第2希望日 必須

第3希望日 必須

日程選択 (MEP南青山)



・「脳検診」は提携先（メディカルチェックスタジオ東京銀座クリニック）で受診となり、受診者様にて別途予約いただきます（当院より送付の受診書類にて予約方法をお知らせいたします）。

・胃部内視鏡検査ご希望の方で、鎮静剤使用（経口のみ）をご希望の方は受診者コメントでお知らせ下さい。（別途費用 ¥6,600-（税込）当日お支払い頂きます。）

2024年4月



日	月	火	水	木	金	土
予約不可 7	0 8	0 9	0 10	0 11	0 12	予約不可 13
予約不可	予約希望日	予約希望日	予約希望日	予約希望日	予約希望日	予約不可
予約不可 14	0 15	0 16	0 17	0 18	0 19	予約不可 20
予約不可	予約希望日	予約希望日	予約希望日	予約希望日	予約希望日	予約不可
予約不可 21	0 22	0 23	0 24	0 25	0 26	予約不可 27
予約不可	予約希望日	予約希望日	予約希望日	予約希望日	予約希望日	予約不可
予約不可 28	予約不可 29	0 30	0 1	0 2	予約不可 3	予約不可 4
予約不可	予約不可	予約希望日	予約希望日	予約希望日	予約不可	予約不可

7. 医療機関への要望コメントを入力

医療機関への要望コメントがありましたら、入力をお願いします。
ex) 時間の希望など。

がん検診予約フォーム

医療機関

希望医療機関 必須

テストクリニック 医療機関を選択 必須項目はすべて受診いただく必要があります。※個人的なキャンセルはできません。

がん検診コース セットA (同日受診/マンモグラフィ+子宮頸がん)

窓口負担額合計 0円(税込)

がん検診希望日

第1希望日 必須

第2希望日 必須

第3希望日 必須

ご要望等

時間等の希望などがあればこちらにご記入ください (ご希望に添えない場合もございますので、予めご了承ください)

午前中希望

戻る
がん検診を予約する

8. 予約手続きの完了

ご自身の予約内容を確認していただき、問題なければ、「予約する」ボタンをクリックし、予約手続きは完了となります。

がん検診予約フォーム（ご確認）

まだ予約は完了していません。

内容を確認の上、「がん検診を予約する」を選択ください。修正する場合は「戻る」を選択ください。

医療機関・がん検診コース

希望医療機関
テストクリニック

がん検診コース セットA（同日受診/マンモグラフィ+子宮頸がん）

窓口負担額合計 0円(税込)

<p>第1希望日</p> <p>2025年04月01日 火曜日</p>	<p>第2希望日</p> <p>2025年04月02日 水曜日</p>	<p>第3希望日</p> <p>2025年04月03日 木曜日</p>
--	--	--

ご要望等

午前中希望

戻る

がん検診を予約する

9. 予約の回答がメールを確認

予約手続き完了後に予約申込メールが届きます。

後日、予約結果のメールが届きますので、メールにてご確認ください。

※希望日で予約が取れた場合、医療機関より検査キット・受診票が送られるのをお待ちください。

※NGだった場合、お手数ですが、再度予約登録をお願いします。

■ 予約申込メール

【●●●●●●●●】お申込みありがとうございます

●● ●●様

以下の内容でお申込みを受けました。

希望医療機関 テスト
 健診コース 基本検査
 オプション 婦人科細胞診
 自己負担金額 4,000円(税込)
 第1希望日 2024-04-01
 第2希望日 2024-04-02
 第3希望日 2024-04-03

※7営業日を目安に健診機関からのご予約結果をお知らせいたします。
 ※予約変更のお申込みの場合には、従来の予約は自動的にキャンセルされますのでご了承ください。
 本メールは送信専用アドレスのため、返信はお受けしていません。
 質問などがございましたら、以下までお問い合わせください。

お問合せ窓口：H.U.ウェルネス健康診断予約センター
 電話番号：●●●●●●●●
 受付時間：9:00～17:30（平日のみ）※土日祝日、年末年始はお休み
 メールアドレス：●●●●●●●●

■ 予約確定メール

【●●●●●●●●】日程が確定しました

●● ●●様

お申し込みいただいた健診について、日程が確定しました。
 ボタンが表示されていない場合は、以下より[ログイン](https://●●●●●●●●)してください。
<https://●●●●●●●●>

医療機関 テスト
 受診日 2024-04-01
 受診時間 11:00
 健診コース 基本検査
 オプション 婦人科細胞診
 自己負担金額 4,000円
 医療機関コメント 予約ありがとうございます。

本メールは送信専用アドレスのため、返信はお受けしていません。
 質問などがございましたら、以下までお問い合わせください。

お問合せ窓口：H.U.ウェルネス健康診断予約センター
 電話番号：●●●●●●●●
 受付時間：9:00～17:30（平日のみ）※土日祝日、年末年始はお休み
 メールアドレス：●●●●●●●●

■ 予約NGメール

【●●●●●●●●】予約が確定できませんでした、再度お申込みください

●● ●●様

お申し込みいただいた内容で予約の確定ができませんでした。
 ご希望に添えず誠に申し訳ございません。
 予約管理システムにログインして、再予約をお願いいたします。
 ボタンが表示されていない場合は、以下より[ログイン](https://●●●●●●●●)してください。
<https://●●●●●●●●>

希望医療機関 テスト
 健診コース 基本検査
 オプション 婦人科細胞診
 自己負担金額 4,000円(税込)
医療機関コメント 4月は埋まっており、5月に再度申し込みをお願いします。
 第1希望日 2024-04-01
 第2希望日 2024-04-02
 第3希望日 2024-04-03

本メールは送信専用アドレスのため、返信はお受けしていません。
 質問などがございましたら、以下までお問い合わせください。

お問合せ窓口：H.U.ウェルネス健康診断予約センター
 電話番号：●●●●●●●●
 受付時間：9:00～17:30（平日のみ）※土日祝日、年末年始はお休み
 メールアドレス：●●●●●●●●

※予約変更、キャンセル



予約状況確認・変更・取消ボタンをクリック

状況	受付日時	予約・受診日	コース名	医療機関	
予約申請中	2025-02-05 16:16:55	2025-04-01	セットA (同日受診/ マンモグラフィ+子宮頸がん)	テストクリニック	詳細

予約中の内容を確認

予約状況確認 (詳細)

受付日時: 2025-02-05 16:16:55

予約申請中

医療機関・がん検診コース

希望医療機関
テストクリニック

がん検診コース セットA (同日受診/マンモグラフィ+子宮頸がん)

窓口負担額合計 0円(税込)

がん検診希望日

- 予約変更
予約内容変更ボタンをクリックで変更手続き。
予約申込と同手順にて予約を変更してください。
- 予約キャンセル
キャンセルボタンをクリックで手続き完了。

一覧へ戻る

予約内容変更

予約キャンセル

※ユーザー情報の登録、変更



TOP画面の右上部より、サイドメニューを開き、利用者情報またはパスワード変更を選択

■ 利用者情報変更

利用者情報変更

登録メールアドレス ※予め「@hugp.com」からのメールを受信できるよう設定ください

yoichi.wakasugi+3@hugp.com

所属事業所
登録済み所属事業所名が入ります

ご住所 ※受診票、健診キット、結果票をお送りするための住所
※番地、ビル・マンション名、部屋番号も必ず入力してください
※縦横にお手元になくように記載ください（会社宛の場合は、社名・部署名等必須）

郵便番号 123 - 4567 都道府県 東京都

市区町村・番地 例) 新宿区0011-111 アパート名101号室

お電話番号 ※日中連絡が取れる連絡先（携帯など）
※医療機関から直接ご連絡がある場合があります

123 - 4567 - 7890

戻る 変更内容を確認する

■ パスワード変更

新規ログインパスワード 必須

パスワードは大文字、小文字、数字を入れて8桁以上に入力してください
第三者から推測されやすい生年月日、電話番号、住所などは避けてください
※パスワードの有効期限は90日です
※前回利用したパスワードには変更できません

大文字・小文字・数字を入れて8桁以上

確認のため、もう一度ご入力ください

戻る 変更する

【お問合せ先】

名称 音羽健康保険組合 予約センター

利用期間 2025年3月10日（月）～2026年2月28日（土）

営業日 平日のみ ※土日祝日・年末年始はお休み

営業時間 9時00分～17時00分

電話番号 03-6895-3776

メールアドレス info-otw@dock-support.com