

イーウェル全健協巡回レディース健診 ご利用ガイド

巡回レディース健診お申込み方法の問合せ先

(株)イーウェル 健康サポートセンター

〈受付時間〉 9:30～17:30 〈休業日〉 日曜・祝日・12/29～1/4



0570-057091

※上記番号でご利用いただけない場合は [050-3850-5750] をご利用ください。

※個人情報保護の観点から、健康診断を受診されるご本人様以外からのお問合せは受付しておりません。

巡回レディース健診お申込み手続き後の問合せ先

(健診会場、受診キット、検査結果および
受診会場決定後の変更・キャンセル)

各ブロックの健診機関

ブロック	健診実施機関名	電話番号
北海道	(公財)北海道労働保健管理協会	011-862-5131
東北	(一財)杜の都産業保健会	022-251-7261
関東・山梨	(医社)同友会	03-6891-2252
北陸・信越	(社)新潟労働衛生医学協会	025-370-1800
東海I ※1	(社福)聖隷福祉事業団	053-477-0587
東海II ※2	(一財)愛知健康増進財団	052-951-3373
近畿	(一財)京都工場保健会	0774-48-1290
中国・四国	(一財)淳風会健康管理センター	086-281-5050
九州・沖縄 (山口県含む)	(公財)福岡労働衛生研究所	092-526-1076

※1 : 静岡県の会場

※2 : 愛知県・岐阜県・三重県の会場

目次

- **KENKOBBOX初回登録**..... **03**
- **ログイン、申込の流れ**..... **06**
- **申込の確認・変更**..... **12**
- **申込のキャンセル**..... **16**

KENKOBX初回登録

KENKOBXを初めてご利用の方は、下記URLより初回登録を行ってください。

<https://www.kenkobox.jp/>



① 初回ログイン時には、「はじめてご利用の方はこちら」から案内に沿って登録を行ってください。



② ご自身の健康保険証情報を確認のうえ、下記を入力し「次へ」をクリックしてください。

- ・漢字氏名
- ・カナ氏名
- ・生年月日
- ・保険証記号、番号
または従業員番号

※健康保険証情報は、マイナポータルサイトから確認できます。

KENKOBX初回登録

Health acceleration engine
KENKOBX

初回登録

本人情報入力 ログイン情報の入力 入力内容の確認 メール受信の確認 初回登録 完了

ご本人様の確認ができました。

「KENKOBX」をご利用いただくにあたり、以下の項目について入力をお願いいたします。
※全ての項目を入力してください。

■ 通知用メールアドレス
(例) kenko.taro@ewel.co.jp

■ 通知用メールアドレス (確認用)

■ ログインID
※通知用メールアドレスがログインIDとなります。

■ パスワード
※6～50文字で、半角英数・記号を使用してください。
※第三者に知られない様、大切に保管してください。

■ パスワード (確認用)

戻る 入力内容の確認

※初回登録についてよくあるお問い合わせは、[こちら](#)

③ 下記を入力し、「入力内容の確認」をクリックしてください。

- ・通知用メールアドレス
- ・通知用メールアドレス(確認用)
- ・パスワード
- ・パスワード(確認用)

※パスワードはご自身で設定ください。

Health acceleration engine
KENKOBX

初回登録

本人情報入力 ログインIDの入力 入力内容の確認 メール受信の確認 初回登録 完了

以下の内容で登録いたします。
内容に間違いがないことをご確認の上、手続きを進めてください。

■ 漢字氏名

■ カナ氏名

■ 生年月日

■ 所属団体名

■ 通知用メールアドレス

■ ログインID

■ パスワード

戻る 上記内容に同意してメールを送信する

④ 入力内容を確認してください。

つづけて「個人情報の取り扱いについて」を確認の上、「上記内容に同意してメールを送信する」をクリックしてください。

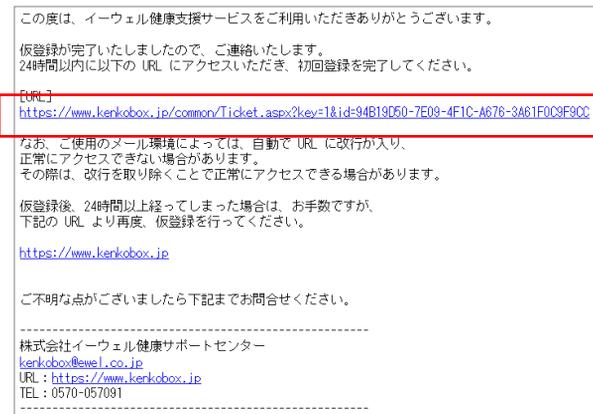
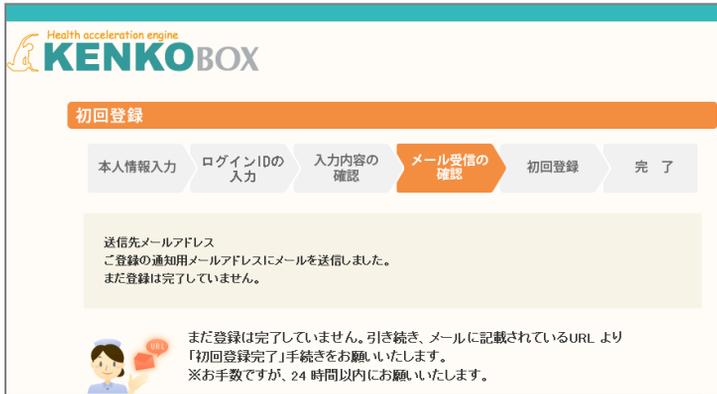
■ 個人情報の取り扱いについて

当社は、法人・団体等から福利厚生サービス等の業務を委託し、その所属する従業員(以下「会員」という)の各種に、当社の契約(提携)保険所、スポーツ施設、自己啓発、育児、介護、健康等の福利厚生メニュー及び健康支援サービスのご提供、あるいはカフェテリアプランの運用・管理などの重責を担っており、会員の皆様のベストパートナーとしてワークスタイルライフスタイルの新しい価値を創出し、ご提案・実現していくことを経営理念としております。私共は、会員をはじめ関係する全ての人々の個人情報を確実に保護することが重要な社会的責任であると認識のうえ、ISO15001に適合した個人情報保護マネジメントシステムを構築し、常に社会の変化に著目し、個人情報保護マネジメントシステムの継続的改善を、役員はじめすべての従業員が取り組むことを宣言します。

■ 個人情報保護マネジメントシステムの策定

戻る 上記内容に同意してメールを送信する

KENKOBX初回登録



⑤ ご登録のメールアドレス宛にメールが届きます。

⑥ メール到着後24時間以内に、メールに記載されているURLへアクセスしてください。

※24時間を過ぎると初期状態に戻ります。その場合、再度初回登録から行ってください。

⑦ 「登録」をクリックすると、初回登録が完了します。

ログイン、申込の流れ

KENKOBBOX (https://www.kenkobox.jp/) へログインし、

「**イーウェル全健協巡回健診コース 健診申込**」をクリックしてください。

① ログインID(メールアドレス)・パスワードを入力し、『ログイン』をクリックしてください。

<KENKOBBOXトップページ>

② KENKOBBOXトップページにある「**イーウェル全健協巡回健診コース 健診申込**」をクリックしてください。
※赤枠のいずれかを
クリックしてください。

申込の流れ

③-2

■ ご希望の健診コース・オプション検査

健診コース イーウェル法定健診Cコース
[詳細](#)

オプション検査 子宮頸部細胞診検査
 乳房エコー検査
 眼底検査
[詳細](#)

③-2

・健診コースの選択

「イーウェル法定健診Cコース」をご選択ください。

※コース名称は異なりますが、健診項目はイーウェル全健協巡回健診コースと同様です。

・オプションの選択。

ご希望のオプション検査をご選択ください。

③-3

窓口負担金額を計算する↓

窓口負担	
健診費合計	18,700円
補助額合計	-18,700円
窓口負担金額合計	0円

③-3

窓口負担金額の確認

「窓口負担金額を計算する」を押すと窓口での負担金額が表示されます。

③-4

■ ご希望の日程

☑ 第1希望日を入力してください。

☑ 第2希望日を入力してください。

☑ 第3希望日を入力してください。

※所属している団体様によっては、金額が表示されない場合や表示形式が異なる場合がございます。

③-4

ご希望の日程を選択
最大第3希望まで
選択可能です。

※できる限り第3希望まで
ご選択ください。

申込の流れ

③-5

■ ご本人様の情報

漢字氏名

カナ氏名

生年月日

性別

連絡先

日中連絡先 : - -
例)090-0000-0000

連絡可能な時間帯 : いつでも
午前 (9:30 ~ 12:00)
午後 (12:00 ~ 15:00)
夕方 (15:00 ~ 17:30)

郵便番号 :
例)1001000
郵便番号から住所を設定する

都道府県 :

市区町村 :
例) ○○市○○区○○

番地・号 :
例) ○○丁目○○番○○

建物名 :

③-5

ご本人情報を入力
連絡先や住所などの
入力をしてください。

③-6

問診の入力
問診にお答えください。

③-7

「入力内容の確認」を
クリックしてください。

③-6

■ その他

問診情報

血圧を下げる薬を飲んでいますか はい
いいえ

インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでいますか はい
いいえ

コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか はい
いいえ

現在、たばこを習慣的に吸っていますか
※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である
条件1：最近1ヶ月間吸っている
条件2：生涯で6ヶ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている
①はい (条件1と条件2を両方満たす)
②以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない (条件2のみ満たす)
③いいえ (①②以外)

生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか はい
いいえ

③-7

申込の流れ

イーウェル全健協巡回健診コース

■ ご希望の健診会場

イーウェル会場

■ ご希望の健診コース・オプション検査

■ 健診コース イーウェル法定健診Cコース

■ オプション検査

マンモグラフィ
乳房エコー検査
子宮頸部細胞診検査
便潜血検査

■ 窓口負担

健診費合計	33,660 円
補助額合計	- 27,610 円
窓口負担金額合計	6,050 円

上記は健診機関窓口で支払う現時点での算出金額となります。
健診機関都合により、金額が変更となる場合がありますのでご了承ください。
また、ご自身で追加されたオプション検査等がある場合は上記金額に反映されません。

■ 希望日

第1希望日: 〇〇/〇〇/〇〇 (月) AM [CD: 0000000000]

第2希望日: 〇〇/〇〇/〇〇 (月) AM [CD: 0000000000]

第3希望日: 〇〇/〇〇/〇〇 (月) AM [CD: 0000000000]

■ ご本人様の情報

漢字氏名 イーウェル 花子

カナ氏名 イーウェル ハナコ

生年月日 1989年07月31日

性別 女性

連絡先 日中連絡先: 090-0000-0000

連絡可能な
時間帯

郵便番号: 0000000

都道府県: 東京都

市区町村: ●●区●●●●●●

番地・号: ●●番地

建物名:

■ その他

問診情報 血圧を下げる薬を飲んでいますか いいえ

インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでいますか いいえ

コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか いいえ

現在、たばこを習慣的に吸っていますか ③いいえ (①②以外)

※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である
条件1: 最近1ヶ月間吸っている
条件2: 生涯で6ヶ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている

生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか はい

■ 株式会社イーウェルにおける個人情報の取り扱いについて

手続きに際してご記入いただきました個人情報は、ご所属団体の指示のもと、お申込の健康支援サービス提供の目的（健康の保持・増進活動、健診受診勧奨、保健指導等を含む）に利用し、その利用目的の範囲内で提携の健診機関等の第三者へ提供させていただきます。
ここで取得した個人情報は、株式会社イーウェルホームページの「個人情報保護に関する基本方針」、「個人情報のお取り扱いについて」(https://www.ewel.co.jp/privacy-policy/)のほか、下記のとおり取り扱いますので、ご同意のうえ、お申込みください。

<お申込の健康支援サービスご利用における個人情報の取り扱い>

① 株式会社イーウェルから、健診の予約内容確認のため、お申込者の氏名、住所、電話番号、生年

④ 予約内容および個人情報の取扱いについて確認し、「上記内容に同意して健診を予約する」をクリックしてください。

4

入力内容の修正

上記内容に同意して
健診を予約する

<申込完了画面>

イーウェル全健協巡回健診コース



イーウェル全健協巡回健診コースの申込完了

巡回健診の申し込みを受け付けました。

■ 送付先メールアドレス: aaaaaaaaaaaaaaaaaa@kenkobox.com

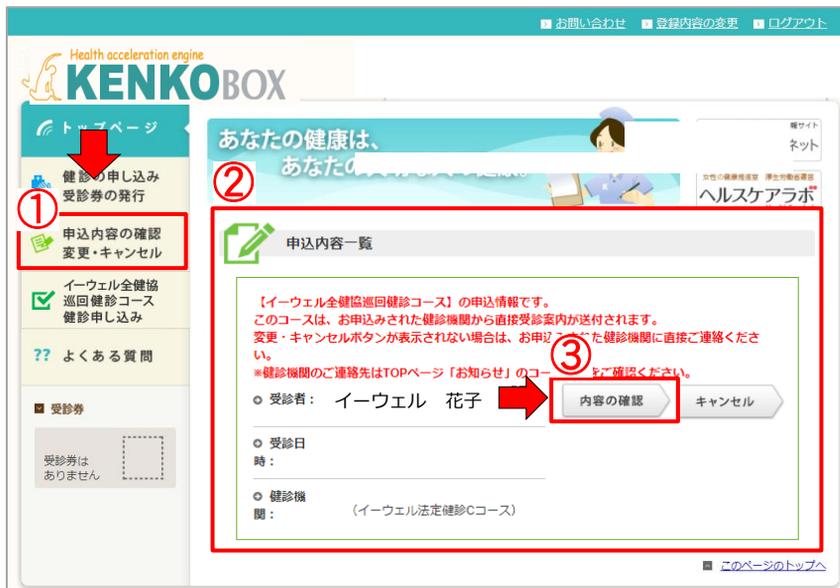
上記、ご登録いただいたメールアドレスに「受付完了メール」をお送りいたします。
申し込んだいた候補日程・会場をもとに巡回健診機関にて受診日が確定されます。
約2~4週間後、巡回健診機関より決定通知もしくは受診日調整のご連絡が入りますので、今しばらくお待ちください。

また、申込手順（申込み～受診までの流れ）については「[こちら](#)」にてご確認ください。

⑤ 申込完了画面が表示されたら申込完了です。

申込完了後にメールが届きます。

申込の確認・変更



【申込確認】

① 申込トップページ左側の「申込内容の確認 変更・キャンセル」をクリックしてください。

② 申込内容一覧が表示されます。

③ 「内容の確認」をクリックしてください。

実際の内容確認画面は、次ページとなります。

【申込内容一覧の見方】

- ㊦ 受診者
：申込みをした方の名前が表示されます。
- ㊧ 受診日
：空欄になっています。
- ㊨ 健診機関
：必ず「一般社団法人 全国健康増進協議会 健診機関（イーウェル法定健診Cコース）」が表示されます。

㊩ 内容の確認
：健診のお申込み内容が確認できます。
内容確認後、変更やキャンセルも可能です。

㊪ キャンセル
：予約をキャンセルする場合はこちらをクリックしてください。

※申込後の翌火曜日以降に受診日程・会場の
変更・キャンセルを希望する場合は、
木曜日以降に申込会場の該当健診機関へ
お問合せください。



申込内容一覧

【イーウェル全健協巡回健診コース】の申込情報です。
このコースは、お申込みされた健診機関から直接受診案内が送付されます。
変更・キャンセルボタンが表示されない場合は、お申込みされた健診機関に直接ご連絡ください。
*健診機関のご連絡先はTOPページ「お知らせ」のコース案内をご確認ください。

㊦ 受診者： イーウェル 花子	㊩ 内容の確認	㊪ キャンセル
㊧ 受診日 時：		
㊨ 健診機 一般社団法人 全国健康増進協議会 健診機 健診機関 （イーウェル法定健診Cコース）		

画面イメージは実際の画面と異なる場合がございます。

申込の確認・変更

イーウェル全健協巡回健診コース

⑤ 一覧へ戻る

変更

キャンセル

ご希望の健診会場

イーウェル会場

ご希望の健診コース・オプション検査

健診コース イーウェル法定健診コース

オプション検査

マンモグラフィ
乳房エコー検査
子宮頸部細胞診検査
便潜血検査

窓口負担

健診費合計	33,660 円
補助額合計	- 27,610 円
窓口負担金額合計	6,050 円

上記は健診機関窓口で支払う現時点での算出金額となります。
健診機関都合により、金額が変更となる場合がありますのでご了承ください。
また、ご自身で追加されたオプション検査等がある場合は上記金額に反映されません。

希望日

第1希望日: ○○/○○/○○ (月) AM [CD: 000000000]

第2希望日: ○○/○○/○○ (月) AM [CD: 000000000]

第3希望日: ○○/○○/○○ (月) AM [CD: 000000000]

ご本人様の情報

漢字氏名 イーウェル 花子

カナ氏名 イーウェル ハナコ

生年月日 1989年07月31日

性別 女性

連絡先 日中連絡先: 090-0000-0000

連絡可能な
時間帯

郵便番号: 0000000

都道府県: 東京都

市区町村: ●●区●●●●●●

番地・号: ●●番地

建物名:

その他

問診情報 血圧を下げる薬を飲んでいませんか いいえ

インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでいませんか いいえ

コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいませんか いいえ

現在、たばこを習慣的に吸っていますか
※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である
条件1: 最近1ヶ月間吸っている
条件2: 生涯で6ヶ月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている

生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか はい

株式会社イーウェルにおける個人情報の取り扱いについて

手続きに際しご記入いただきました個人情報は、ご所属団体の指示のもと、お申込の健康支援サービス提供の目的（健康の保持・増進活動、健診受診勧奨、保健指導等を含む）に利用し、その利用目的の範囲内で提携の健診機関等の第三者へ提供させていただきます。
ここで取寄せた個人情報は、株式会社イーウェルホームページの「個人情報保護に関する基本方針」、「個人情報のお取り扱いについて」(https://www.ewel.co.jp/privacy-policy/)のほか、下記のとおり取り扱いますので、ご同意のうえ、お申込みください。

<お申込の健康支援サービスご利用における個人情報の取り扱い>

① 株式会社イーウェルから、健診の予約内容確認のため、お申込者の氏名、住所、電話番号、生年

⑤ 一覧へ戻る

変更

キャンセル

④ 申込みをした内容の確認が出来ます。

⑤ 【申込の変更】
「変更」をクリックしてください。
※赤枠のいずれかをクリックしてください。

※申込後の翌火曜日以降に
受診日程・会場の変更・
キャンセルを希望する場合は、
木曜日以降に申込会場の
該当健診機関へお問合せ
ください。

申込の変更

イーウェル全健協巡回健診コース

最新の会場情報はこちら

■ 希望する健診会場の選択

都道府県 市区町村

※会場情報については画面上部の「最新の会場情報はこちら」から参照してください。

■ ご希望の健診コース・オプション検査

健診コース イーウェル法定健診Cコース

＜詳細＞

オプション検査

＜詳細＞

- 子宮頸部細胞診検査
- マンモグラフィ
- 乳房エコー検査
- 痔部×線検査
- ヒロリ腸検査
- 腰部エコー検査
- 尿潜血検査
- 骨密度検査
- HPV検査
- ペブシナゲン
- 眼底検査

窓口負担金額を計算する↓

健診費合計	12,650円
補助額合計	- 12,650円
窓口負担金額合計	0円

上記は健診報酬窓口で支払う現時点での算出金額となります。
健診機関都合により、金額が変更となる場合がありますのでご了承ください。
また、ご自身で追加されたオプション検査等がある場合は上記金額に反映されません。

■ ご本人様の情報

漢字氏名

カナ氏名

生年月日

性別

連絡先 日中連絡先：
例)090-0000-0000

連絡可能な時間帯 いつでも
 午前 (9:30 ~ 12:00)
 午後 (12:00 ~ 15:00)
 夕方 (15:00 ~ 17:30)

郵便番号：
例)11001000
郵便番号から住所を設定する

都道府県：

市区町村：
例)○○市○○区○○

番地・号：
例)○○丁目○○番○○

建物名：

■ ※問診内容も変更可能です。

⑦

戻る

入力内容を確認

⑥ 変更箇所を選択し、修正してください。

⑦ 「入力内容を確認」をクリックしてください。

申込の変更

イーウェル全健協巡回健診コース

ご希望の健診会場
イーウェル会場

健診コース イーウェル法定健診コース

オプション検査
便潜血検査

窓口負担

健診費合計	14,410 円
補助額合計	- 12,650 円
窓口負担金額合計	1,760 円

上記は健診機関窓口で支払う現時点での算出金額となります。
健診機関都合により、金額が変更となる場合がありますのでご了承ください。
また、ご自身で追加されたオプション検査等がある場合は上記金額に反映されません。

希望日

第1希望日: ○○/○○/○○ (月) AM [CD: 0000000000]

第2希望日: ○○/○○/○○ (月) AM [CD: 0000000000]

ご本人様の情報

漢字氏名 イーウェル 花子

カナ氏名 イーウェル ハナコ

生年月日 1983年07月31日

性別 女性

連絡先 日中連絡先: 090-0000-0000

連絡可能な:
時間帯 いつでも

郵便番号: 000-0000

都道府県 東京都

市区町村 ●●区●●●●●●

番地・号 ●●番地

建物名:

⑨ ※問診内容も表示されます。

入力内容の修正

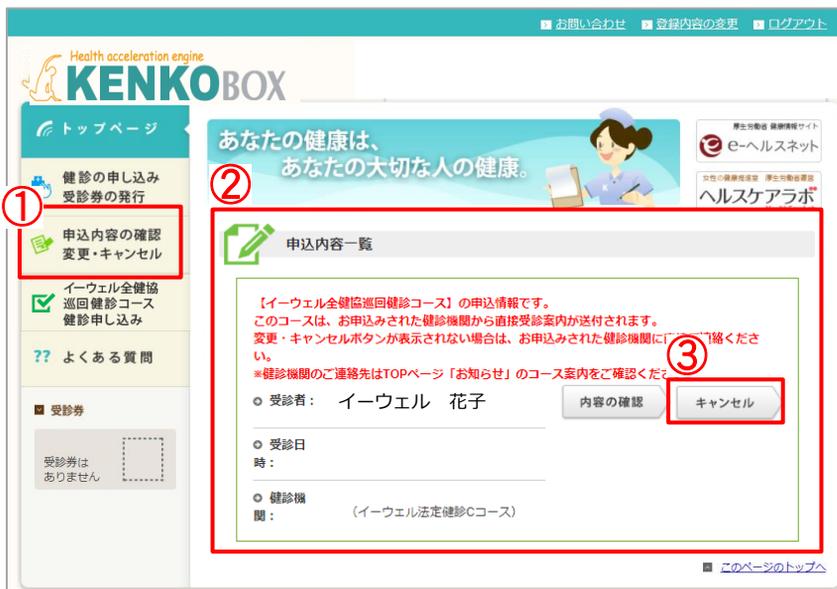
上記内容に同意して
健診内容を変更する

⑧ 変更内容を確認。
※変更箇所は赤字で
表示されます。

⑨ 「上記内容に同意して
健診内容を変更する」
をクリックしてください。

⑩ 「健診内容の変更を
受け付けました。」と
表示されます。

申込のキャンセル



【申込のキャンセル】

① 申込トップページ左側の「申込内容の確認 変更・キャンセル」をクリックしてください。

② 申込内容一覧が表示されます。

③ 「キャンセル」をクリックしてください。



受診キャンセルの確認



受診のキャンセルを行います。
よろしいですか？

■ 「はい」 ボタンを押すとキャンセル手続きが行われます。

いいえ

はい

④ 「はい」をクリックしてください。

※申込後の翌火曜日以降に受診日程・会場の変更・キャンセルを希望する場合は、木曜日以降に申込会場の該当健診機関へお問合せください。

⑤ 「健診申込みのキャンセルを受け付けました」と表示されます。