



01

医療費後払いサービスのURL、もしくは『QR』から利用登録サイトにアクセスします。



【医療費後払いサービスURL】

<https://s6.medicalpay.jp/kyoto1-jrc/login/>

02

新規登録ボタンをクリックし、利用規約をご確認ください。

京都第一赤十字病院
医療費後払いクレジットサービス

◆はじめての方

新規登録

個人情報の取り扱いについて

京都第一赤十字病院
新規登録申し込み

下記の利用規約をお読みのうえ、メールアドレスを入力してください。
ご入力されたメールアドレスに登録用URLを通知いたします。

医療費後払いサービス「待たずにラクへだ」利用規約

この利用規約（以下「本規約」といいます。）は、京都第一赤十字病院（以下「当院」といいます。）が提供する「待たずにラクへだ」サービス（以下「本サービス」といいます。）を利用頂く際の取扱いについて定めるものです。登録利用者の皆さま（以下「利用者」といいます。）には、本規約を必ずお読みいただき、同意のうえ本サービスをご利用ください。

03

注意事項をお読みの上、ご連絡が可能なメールアドレスを入力します。

メールアドレス 必須

sample@sample.com

ご連絡が可能なメールアドレスをご入力してください。
ご入力されたメールアドレスに登録用URLを通知致します。

※登録用URLメールが届かない場合は、以下をご確認ください。
・ご入力されたメールアドレスにお間違いはございませんか。
・キャリアメールをご利用の場合は、
【@s5.medicalpay.jp】からのメールが受信可能な設定になっていますか。
・迷惑メールフォルダに振り分けがされていないか。

推奨環境 ブラウザ

Safari（最新版）
Google Chrome（最新版）
Microsoft Edge（最新版）
Internet Explorer（最新版）
Mozilla Firefox（最新版）

※JavaScript、Cookieを有効の状態でご利用ください。

利用規約に同意の上、登録する

04

推奨環境のブラウザであることを確認し、「利用規約に同意の上、登録する」をクリックします。

05

入力したメールアドレスに新規登録用URLが通知されます。受信したメールに記載されているURLをクリックし、利用申込画面へ移行します。

06

- ① 診察券番号
- ② 患者氏名(性/名)
- ③ 患者氏名カナ(セイ/メイ)
- ④ 生年月日
- ⑤ 性別
- ⑥ 支払者氏名(続柄を選択)

利用申込

患者情報

診察券番号 必須
ハイフンが入れず半角数字を入力して下さい。
(半角数字) 1

患者氏名 必須
姓： 名： 2

患者氏名カナ 必須
セイ： メイ： 3

生年月日 必須
年 月 日 4

性別 必須
男 女 5

支払者情報
支払者氏名 必須
続柄： 6

利用申込画面より以下の情報を入力し、「確認画面へ」ボタンをクリックします。

07

- ⑦ 郵便番号
- ⑧ 都道府県
- ⑨ 市区町村
- ⑩ 番地・建物名
- ⑪ 電話番号

郵便番号 必須
ハイフンが入れず入力して下さい。郵便番号を入力後、自動入力されます。
〒 (半角数字) 7

都道府県 必須 8

市区町村 必須 9

番地・建物名 必須 10

※ 番地、マンションの部屋番号などお忘れなく入力して下さい。

電話番号 必須
ハイフンが入れず入力して下さい。
(半角数字) 11

08

- ⑫ 病院からのお知らせ通知
- ⑬ パスワード
- ⑭ 確認用パスワード
- ⑮ カード名義

病院からのお知らせ通知 必須

☒ 受信する ☐ 受信しない 12

パスワード 必須
(12文字以内、半角英数、任意のパスワードを設定し、入力して下さい。
例) 1234567890123456 (半角数字) 13

確認用パスワード 必須
(上で入力したパスワードと同じパスワードを入力して下さい) 14

デビットカード、プリペイドカード（チャージ型）はご利用できません。
例) au WALLET、SMBCデビット 等

支払い方法 必須
☒ クレジットカード決済

カード名義 必須
クレジットカードに印字されているとおりに入力して下さい。
例) TARO YAMADA (半角英字) 15

09

- ⑯ カード番号
- ⑰ 有効期限
- ⑱ セキュリティコード

カード番号 必須
ハイフン、スペースは入れず入力して下さい。
例) 1234567890123456 (半角数字) 16

有効期限 (月/年) 必須
例) 10 / 23 (半角数字) 17

セキュリティコード 必須
セキュリティコードとは、クレジットカードの裏面サイン欄上部に記載されている数字の一番右の3桁の数字です。
アメリカンエクスプレスカードは、裏面に記載されている4桁の数字です。
例) 123 (半角数字) 18

詳細
下記のカードがご利用できます。
JCB、VISA、MasterCard、American Express

確認画面へ

10

登録内容を確認し、登録ボタンをクリックします。

登録内容の確認

患者情報

診察券番号
00004120

患者氏名
後払い 太郎

患者氏名カナ
アトバイ タロウ

生年月日
2021/04/01

パスワード

セキュリティのため非表示

支払い方法
クレジットカード決済

カード情報

セキュリティのため非表示

登録

戻る

11

受付完了メッセージが表示され、登録完了メールが届きます。

受付完了しました

この度はお申込みありがとうございます。

控えメールを送信しておりますので、ご確認をお願い致します。

TOPページへ

パスワード記載欄

下記内容にて登録完了しました。
※ユーザーIDは登録内容を変更する際に使用しますので、本メールは大切に保存しておいてください。

本院の登録情報と相違がある場合はメールにてお知らせしますので修正をお願いします。
(お知らせまでに15分程度かかります。)
修正がない場合は、メールは届きません。
※相違を修正しないと登録完了となりません。ご注意ください。

診察券番号 : 00004120
患者氏名 : 後払い 太郎
患者氏名カナ : アトバイ タロウ
生年月日 : 2021/04/01
性別 : 男
支払者氏名 : 後払い 太郎(本人)