

# 2026年度 企業情報シート 【協会けんぽ専用】

お申込日： 年 月 日

※保険者番号と保険証記号が必ず同一の企業ごとにお申ください。

▼お客様情報

フリガナ				申込人数	予約希望月（例：7月～9月）	
事業所名						
住所	(〒 - - - )					
フリガナ			TEL	- -		
ご担当者名			FAX	- -		
ご担当者 メールアドレス			ご担当者 連絡先	- -		

保険者番号	0	1					保険証記号	
保険者名称	全国健康保険協会 _____ 支部							

▼自己負担額のお支払方法 ※新規の事業所様につきましては、原則「全て窓口支払」のみとさせていただきます。

原則 1~4を お選びください	1 全て窓口支払
	2 全て事業所請求（本申込書に記載のない検査を追加した場合も事業所請求）
	3 基本健診・一般健診のみ事業所請求、その他は窓口支払
	4 基本健診・協会けんぽ補助（一般健診・付加健診・子宮がん検診・乳がん検診） のみ事業所請求、その他は窓口支払
	5 その他

▼郵送物の送付先

事前送付物 (受診票・検査キット)	1 事業所へ	2 受診者自宅へ (住所情報もお送りください)	3 その他 (〒 - - - )
個人結果	1 事業所へ	2 受診者自宅へ	3 その他 (〒 - - - )
請求書 および 事業所用控え	1 事業所へ	2 その他 (〒 - - - )	
請求書は通常、月末締め・翌月20日前後の発送です。事業所用控えは法定項目のみ <sup>※1</sup> を発行します。 法定項目以外の結果を新たに記載する場合は契約書の取り交わしが必要ですのでお申し出ください <sup>※2</sup> 。 なお、全て窓口支払の場合は事業所用控えは発行いたしません。			

※1 法定項目とは、労働安全衛生規則第44条等に明記された健診項目です。

※2 法定項目以外も事業所様控え用結果票に通知する場合は貴社にて全受診者様から同意を得ていただくことが、厚生労働省「事業場における労働者の健康情報等の取扱規程を策定するための手引き」に明記されています。

【お申込み方法】メールでのお申込みのみになります。

『企業情報シート』と『受診者名簿』に必要事項をご入力の上、Excelデータをメールにてお送りください。

【申込書送付先】 Mail : [kenshin@sakurajyugi.jp](mailto:kenshin@sakurajyugi.jp)

※申込書送付後、2週間経っても連絡がない場合はおそれいりますが、お電話にてお問い合わせください。



医療法人 桜十字

桜十字予防医療センター

〒860-0833 熊本県熊本市中央区平成3-23-30 サンリブシティくまん3階

FAX : 096-378-1213 / 電話 : 0570-550-182 (受付時間: 平日9:00~16:30)

メール : [kenshin@sakurajyugi.jp](mailto:kenshin@sakurajyugi.jp)

※ご記入に際し、ご不明な点などはお気軽にお問い合わせください。

※保険者番号と保険証記号が必ず同一の企業ごとにお申ください。

## ▼お客様情報

「受診者名簿」もご記入ください。

フリガナ	イリョウホウジンサクラジュウジ メディメッセサクラジュウジクリニック	申込人数	予約希望月（例：7月～9月）
事業所名	医療法人桜十字 メディメッセ桜十字クリニック	30人	10～12月
住所	(〒 860-0833) 熊本県熊本市中央区平成3-23-30サンリブシティくまなん3階		
フリガナ	サクラ ジュウジロウ	TEL	0570-550-182
ご担当者名	桜 十字郎	FAX	096-378-1213
ご担当者 メールアドレス	jyujirou@sakurajyugi.com	ご担当者 連絡先	080-XXXX-XXXX

保険者番号	0 1 4 3 0 0 1 6	保険証記号	12345678
保険者名称	全国健康保険協会 <u>熊本</u> 支部		

## ▼自己負担額のお支払方法 ※新規の事業所様につきましては、原則「全て窓口支払」のみとさせていただきます。

原則1～4をお選びください	1 全て窓口支払
	2 全て事業所請求（本申込書に記載のない検査を追加した場合も事業所請求）
	3 基本健診・一般健診は事業所請求
	4 基本健診・協会けんぽ補助（一般健診・付加健診・子宮がん検診・乳がん検診）は事業所請求
	5 その他（具体的にご記入ください）
例1)「基本健診」「一般健診」「胃カメラ変更料金」は事業所請求。その他のオプション料金は窓口支払。	
例2)申込書に記載しているコース・オプション料金は全て事業所請求。その他のオプション料金は窓口支払。	

## ▼郵送物の送付先

事前送付物 (受診票・検査キット)	1 事業所へ 2 受診者自宅へ (住所情報もお送りください)	3 その他 (〒 - - )
個人結果	1 事業所へ 2 受診者自宅へ 3 その他 (〒 - - )	
請求書 および 事業所用控え	1 事業所へ 2 その他 (〒 861-4173) 熊本県熊本市南区御幸木部1-1-1 医療法人桜十字 桜十字病院 請求書は通常、月末締め・翌月20日前後の発送です。事業所用控えは法定項目のみ※1を発行します。 法定項目以外の結果を新たに記載する場合は契約書の取り交わしが必要ですのでお申し出ください※2。 なお、全て窓口支払の場合は事業所用控えは発行いたしません。	

※1 法定項目とは、労働安全衛生規則第44条等に明記された健診項目です。

※2 法定項目以外も事業所様控え用結果票に通知する場合は貴社にて全受診者様から同意を得ていただくことが、厚生労働省「事業場における労働者の健康情報等の取扱規程を策定するための手引き」に明記されています。

【お申込み方法】メールでのお申込みのみになります。

『企業情報シート』と『受診者名簿』に必要事項をご入力の上、Excelデータをメールにてお送りください。

【申込書送付先】 Mail : kenshin@sakurajyugi.jp

※申込書送付後、2週間経っても連絡がない場合はおそれいりますが、お電話にてお問い合わせください。



事業所名称

## 受診者名簿【協会けんぽ(人間ドック)専用】



記載がない場合は、空いている日程に1日1名様ずつこちらで振り分けます。  
曜日指定や全員同日予約等の希望があれば欄内にご記入ください。

※保険者番号と保険証記号が必ず同一の企業ごとにお申ください。  
事前送付物を受診者自宅へ送る場合は、個人住所のわかるものを別途添付してください(様式不問)

事業所名称

医療法人桜十字 メディメッセ桜十字クリニック

見本

医療法人桜十字 桜十字予防医療センター

## 受診者名簿【協会けんぽ(人間ドック)専用】

記載がない場合は、空いている日程に1日1名様ずつこちらで振り分けます。  
曜日指定や全員同日予約等の希望があれば欄内にご記入ください。

※保険者番号と保険証記号が必ず同一の企業ごとにお申ください。  
事前送付物を受診者自宅へ送る場合は、個人住所のわかるものを別途添付してください(様式不問)

希望 予約日	漢字氏名 ※姓と名の間に全角スペースを入れてください	カ氏名(半角) ※姓と名の間に半角スペースを入れてください	性別 1:男 2:女	生年月日 (西暦) 例)1990/1/23	年度末 年齢 (自動入力されます)	電話番号 (ハイフンあり)	保険証 番号	本人/ 家族 1:本人 2:家族	基本ドックコース		ドック専用オプション							オプション検査 (協会けんぽの補助を利用) しないコースもこちらへ	
									胃カメラ		基本ドックコース胃カメラのみ								
									胃部 X線	・鎮静剤 なし ・細いカメラ 使用	鎮静剤 あり	脳 ドック	心臓・ 血管 ドック	肺 ドック	メンズ ドック	レディース ドック	膀胱 ドック	消化器 ドック	フル コース ドック
1	4月1日	桜 十字子	さくら ジュウジ子	2	1990/1/5	37	080-XXXX-XXXX	999	1	○						○			室内セット
2		記入例↑																	
3																			

『企業情報シート』と『受診者名簿』をご記入の上、  
メールにてお送りください。

■ 申込書送付先  
Mail:kenshin@sakurajyugi.jp  
編集できるファイル(Excel等)で返信【PDF不可】

保険証の情報は以下でもご確認いただけます。

- ◎資格情報のお知らせ
- ◎資格確認書
- ◎マイナポータル

上記QRコードより  
マイナポータルでの確認方法を  
ご覧いただけます。

オプション検査や特殊健診など、  
協会けんぽの補助以外で  
項目を希望する場合は、こちらにご記入ください。

事業所名称

## 受診者名簿【協会けんぽ(定期健診)専用】



※保険者番号と保険証記号が必ず同一の企業ごとにお申ください。  
事前送付物を受診者自宅へ送る場合は、個人住所のわかるものを別途添付してください(様式不問)

記載がない場合は、空いている日程に1日1名様ずつこちらで振り分けます。  
曜日指定や全員同日予約等の希望があれば欄内にご記入ください。

若年層健診対象(20・25・30歳)の方は自動的に  
健保補助を利用した基本健診でご案内します。

希望 予約日	漢字氏名 ※姓と名の間に全角スペース を入れてください	カ氏名(半角) ※姓と名の間に半角スペース を入れてください	性別 1:男 2:女	生年月日 (西暦) 例) 1990/1/23	年度末 年齢 (自動入力されます)	電話番号 (ハイフンあり) 受診履歴の確認及び当日の 来院確認・緊急時の連絡 などに利用します。	保険証 番号	本人/ 家族 1:本人 2:家族	受診コース			胃カメラ検査へ変更			協会けんぽ補助利用			オプション検査 (協会けんぽの補助を利用 しないコースもちらへ)
									34歳 以下	35歳 以上	40,45, 50,55, 60,65, 70歳	特定 業務 従事 者健 診	新規 雇用 健診	・鎮静剤なし ・細いカメラ 使用	鎮静剤 あり	40歳 以上 偶数	20歳 以上 偶数	40歳 以上 偶数
									※基 本 健 診	一 般 健 診	節 目 健 診			鼻 か ら	口 か ら	( マ 乳 ン が モ ん )	子 宮 が ん	骨 密 度
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		

事業所名称

医療法人桜十字 メディメッセ桜十字クリニック

見本

新規加入 桜十字 予防医療センター

## 受診者名簿【協会けんぽ(定期健診)専用】

※保険者番号と保険証記号が必ず同一の企業ごとにお申ください。  
事前送付物を受診者自宅へ送る場合は、個人住所のわかるものを別途添付してください(様式不問)

記載がない場合は、空いている日程に1日1名様ずつこちらで振り分けます。  
曜日指定や全員同日予約等の希望があれば欄内にご記入ください。

いずれかに○をご記入ください

胃部検査をキャンセルする場合は  
「胃キャンセル」とこちらにご記入ください。

希望 予約日	漢字氏名 ※姓と名の間に全角スペースを入れてください	カ氏名(半角) ※姓と名の間に半角スペースを入れてください	性別 1:男 2:女	生年月日 (西暦) 例)1990/1/23	年度末 年齢 (自動入力されます)	電話番号 (ハイフンあり) 受診履歴の確認及び当日の 来院確認・緊急時の連絡 などに利用します。	保険証 番号 ※ 基本 健診 1:本人 2:家族	受診コース			胃カメラ検査へ変更		協会けんぽ補助利用			40歳 以上 偶数 40歳 以上 偶数	20歳 以上 偶数 20歳 以上 偶数	40歳 以上 偶数 40歳 以上 偶数
								34歳 以下	35歳 以上	40,45, 50,55, 60,65, 70歳	特定 業務 従事者 健診	新規 雇用 健診	・鎮静剤なし ・細いカメラ 使用	鎮静剤 あり				
								※ 若年層 健診	一般 健診	節目 健診			鼻 から	口 から	(マ ル ン が ん )			
1	4月1日	桜 十字子	サカジ ユウジコ	2	1990/1/5	37	080-XXXX-XXXX	999	1	○					○			室内セット
2	記入例↑		1か2で ご記入ください															
3																		

『企業情報シート』と『受診者名簿』をご記入の上、  
メールにてお送りください。

■ 申込書送付先  
Mail:kenshin@sakurajyuji.jp  
編集できるファイル(Excel等)で返信【PDF不可】

保険証の情報は以下でもご確認いただけます。

- ◎資格情報のお知らせ
- ◎資格確認書
- ◎マイナポータル

上記QRコードより  
マイナポータルでの確認方法を  
ご覧いただけます。

オプション検査や特殊健診など、  
協会けんぽの補助以外で  
項目を希望する場合は、こちらにご記入ください。

1か2で  
ご記入ください

若年層健診対象(20・25・30歳)の方は自動的に  
健保補助を利用した基本健診をご案内します。