

2026年度 企業情報シート

【各種組合専用】

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込ください。

▼お客様情報

「受診者名簿」もご記入ください。

フリガナ		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								保険証記号	
保険者名称	(例：〇〇健康保険組合)								

▼自己負担額のお支払方法（いずれかに○）※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。

自己負担額	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 その他

▼事前送付物・個人結果の送付先（いずれかに○）

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	3 その他 (〒 -)
	(住所情報もお送りください)		
個人結果	※【東振協契約】の場合、個人結果票および事業所用控えは東振協より送付されるため、下記選択は不要です。		
	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控えについて

請求書 および 事業所用控え	請求書は事業所へお届けいたします。(〒 -)
	別住所への送付を希望される場合は右へご記入ください。
	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、関東ITS健保へご加入の場合は、事業主健診の委託状況に則った控えを発行いたします。東振協契約の場合は、ご加入の健保組合によって控えの発送方法が指定されているため、送付先については東振協または健保組合へお問い合わせください。

※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@sakurajyuji.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なん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@sakurajyuji.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込ください。

▼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	30人
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	予約希望月（例：7月～9月）	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@sakurajyuji.com	ご担当者 連絡先	080-XXXX-XXXX

保険者番号	0	6	1	2	3	4	5	6	保険証記号	123
保険者名称	さくら健康保険組合 (例：〇〇健康保険組合)									

▼自己負担額のお支払方法（いずれかに○）※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。

自己負担額	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 その他（具体的にご記入ください） 「東振協Bコース」「乳がん」「子宮がん」は事業所請求。胃カメラ変更料金は窓口支払。

▼事前送付物・個人結果の送付先（いずれかに○）

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	※【東振協契約】の場合、個人結果票および事業所用控えは東振協より送付されるため、下記選択は不要です。		
	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控えについて

請求書 および 事業所用控え	請求書は事業所へお届けいたします。 (〒 861 - 4173)
	別住所への送付を希望される場合は右へご記入ください。 熊本県熊本市南区御幸木部1-1-1 医療法人桜十字病院
	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、関東ITS健保へご加入の場合は、事業主健診の委託状況に則った控えを発行いたします。東振協契約の場合は、ご加入の健保組合によって控えの発送方法が指定されているため、送付先については東振協または健保組合へお問い合わせください。

※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@sakurajyuji.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なん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@sakurajyuji.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。

事業所名称

受診者名簿【各種組合専用】



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込ください。
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)

[illegible]

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

受診者名簿【各種組合専用】

見本



※保険者番号と保険証記号が必ず同一の企業ごとにお申込ください。
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。

1か2でご記入ください

1か2でご記入ください

コース名をご記入ください

オプション検査を追加する場合は
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	加氏名(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 (ハイフンなし) 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。	保険者番号	保険証記号	保険証番号	本人/ 家族 1:本人 2:家族	受診コース	オプション検査	
1	12月4日	組合 太郎	クマイ タロウ	1	1950/5/1	76	080-XXXX-XXXX	06157202	9999	9999999	1	Bコース	胃カメラ切替・内臓脂肪測定
2													
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

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