

## 2023年度 企業情報シート

## 【各種組合専用】

お申込日： 年 月 日

桜十字病院 健診センターは、2022年9月1日より中央区平成のサンリブシティくまなん3階に  
メディッセ桜十字クリニック 桜十字予防医療センターとして移転いたしました。

## ▼お客様情報

3枚目の「受診者名簿」もご記入ください。

フリガナ		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		ご担当者 連絡先	- -
		FAX	- -

保険者番号								保険証記号	
保険者名称	(例：〇〇健康保険組合)								

## ▼お支払方法

いずれかに ○	1	・全て個人支払
	2	・全て事業所請求 (受診者が当日追加したオプションも含む)
	3	・名簿に記載した検査は全て事業所請求。その他のオプション検査は当日支払。
	4	・下記の指定検査のみ事業所請求 ※ 例：「基本部分のコースのみ」「胃カメラ・乳がん・子宮がん」などご記入ください

## ▼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 (別途住所添付ください)	3 その他 (〒 - )	
個人の結果	1 事業所へ	2 受診者自宅へ	3 その他 (〒 - )	
請求書	1 事業所へ	2 その他 (〒 - )		
事業所様控え用 結果票 全て個人支払の場合 は発行しません。 必要でしたらお申し 出ください。	1 事業所へ	2 その他 (〒 - )		
	項 目	1 昨年と同じ	2 法定項目のみ <sup>※1</sup>	3 法定項目以外も必要 <sup>※2</sup> (要契約)
	様 式	1 昨年と同じ	2 連名簿 (6名連記)	3 個別様式 (1人1枚)

※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】

## ■ メールでお申込みの場合

『企業情報シート』と『受診者名簿』のExcel・PDFデータが下記URLよりダウンロードできます。  
必要事項をご入力の上、可能な方はExcelデータをメールにてお送りください。

【申込書ダウンロード】 <https://medimesse-kumamoto.jp/news/2023/02/20/463/>

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



## ■ FAXでお申込みの場合

『企業情報シート』と『受診者名簿』に必要事項をご記入の上、FAXにてお送りください。

【申込書送付先】 FAX : 096-378-1213

※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ますが、お電話にてお問い合わせ下さい。



〒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  
電話：0570-550-182 / FAX：096-378-1213  
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。

桜十字病院 健診センターは、2022年9月1日より中央区平成のサンリブシティくまなん3階に  
メディメッセ桜十字クリニック 桜十字予防医療センターとして移転いたしました。

## ▼お客様情報

3枚目の「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			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			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	ご担当者 連絡先	080-XXXX-XXXX	
		FAX	096-378-1213	

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)									

## ▼お支払方法

いずれかに ○	1	・全て個人支払
	2	・全て事業所請求 (受診者が当日追加したオプションも含む)
	3	・名簿に記載した検査は全て事業所請求。その他のオプション検査は当日支払。
	4	・下記の指定検査のみ事業所請求 ※ 例：「基本部分のコースのみ」「胃カメラ・乳がん・子宮がん」などご記入ください 東振協Bコース、乳がん

## ▼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 (別途住所添付ください)	3 その他 (〒 - )
個人の結果	1 事業所へ	2 受診者自宅へ	3 その他 (〒 - )
請求書	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	
事業所様控え用 結果票 全て個人支払の場合 は発行しません。 必要でしたらお申し 出ください。	1 事業所へ	2 その他 (〒 - )	
項目	1 昨年と同じ	2 法定項目のみ <sup>※1</sup>	3 法定項目以外も必要 <sup>※2</sup> (要契約)
様式	1 昨年と同じ	2 連名簿 (6名連記)	3 個別様式 (1人1枚)

※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】

## ■ メールでお申込みの場合

『企業情報シート』と『受診者名簿』のExcel・PDFデータが下記URLよりダウンロードできます。  
必要事項をご入力の上、可能な方はExcelデータをメールにてお送りください。

【申込書ダウンロード】 <https://medimesse-kumamoto.jp/news/2023/02/20/463/>

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



## ■ FAXでお申込みの場合

『企業情報シート』と『受診者名簿』に必要事項をご記入の上、FAXにてお送りください。

【申込書送付先】 FAX : 096-378-1213

※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下さい。



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】

桜十字 桜十字予防医療センター

見本

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

希望予約日	漢字氏名	カナ氏名(半角)	性別 1:男 2:女	生年月日(西暦)	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
12月4日	組合 太郎	クマイ タロウ	1	1950/5/1	06157202	9999	9999999	1	Bコース	胃カメラ切替・内臓脂肪測定
記入例↑										

健康保険本人(被保険者) 平成26年4月1日交付  
被保険者証記号 9999 番号 9999999

氏名 組合 太郎  
生年月日 昭和25年5月1日 性別 男  
資格取得年月日 平成26年4月1日

保険者番号 06157202  
保険者所在地 東京都大東区雷門1-13-8 電話 03-3843-1451  
保険者名称 東京電子機械工業健康保険組合 組合印

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

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

### ■ 申込書送付先

FAX : 096-378-1213

Mail : kenshin@sakurajyuji.jp

※メール送付の場合

編集できるファイル(Excel等)で返信【PDF不可】