

2024年度 企業情報シート

【各種組合専用】

お申込日： 年 月 日

▼お客様情報

「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	FAX	—	—	
	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○)

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 (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。 (〒 -) 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} を連名簿(6名連記)様式で発行します。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、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/2024/02/01/917/>

【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。

▼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			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	FAX	096-378-1213	
		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○）

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）
	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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} を連名簿（6名連記）様式で発行します。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、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/2024/02/01/917/>

【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ください。

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】



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 ※姓と名の間にスペースを入れてください	が氏名(半角) ※姓と名の間にスペースを入れてください	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	ケイ タロウ	1	1950/5/1	06157202	9999	99999999	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) 999999999
平成26年 4月 1日交付
被保険者証記号 9999 番号 99999999

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】