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	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。
※**人間ドック**のお支払いは**「1 全て窓口支払」**または**「2 全て事業所請求」**のいずれかの方法のみのご案内となります。

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・節目健診・子宮がん検診・乳がん検診・骨密度検診） 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**※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@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。

見本

2026年度　企業情報シート　【協会けんぽ専用】

お申込日：2026 年 3 月 1 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	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@sakurajyuji.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 熊本 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。
※**人間ドック**のお支払いは「**1 全て窓口支払**」または「**2 全て事業所請求**」のいずれかの方法のみのご案内となります。

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・節目健診・子宮がん検診・乳がん検診・骨密度検診）のみ事業所請求、その他は窓口支払
	(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@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【協会けんぽ(人間ドック)専用】

桜十字予防医療センター

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)

	第1希望 予約日 (西暦) 例)2026/4/1	漢字氏名 ※姓と名の間にスペースを入れてください	ｶﾅ氏名(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) 例)1990/1/23 ※スラッシュを入れてください。	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	基本ドックコース 胃部X線	基本ドックコース 胃カメラ ・鎮静剤なし ・細いカメラ使用 鼻から	基本ドックコース 胃カメラ 鎮静剤あり 口から	ドック専用オプション 脳ドック	ドック専用オプション 心臓・血管ドック	ドック専用オプション 肺ドック	ドック専用オプション メンズドック	ドック専用オプション レディースドック	ドック専用オプション 膵臓ドック	ドック専用オプション 基本ドックコース胃カメラのみ 消化器ドック	ドック専用オプション 基本ドックコース胃カメラのみ フルコースドック	ドック専用オプション 基本ドックコース胃カメラのみ プレミアムドック 通院	ドック専用オプション 基本ドックコース胃カメラのみ プレミアムドック 宿泊	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)
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

受診者名簿【協会けんぽ(人間ドック)専用】

見本

桜十字予防医療センター

※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。

いずれかに○をご記入ください

	第1希望予約日(西暦)例)2026/4/1	漢字氏名 ※姓と名の間にスペースを入れてください	ｶﾅ氏名(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)例)1990/1/23 ※スラッシュを入れてください。	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	基本ドックコース 胃部X線	基本ドックコース 胃カメラ ・鎮静剤なし ・細いカメラ使用 鼻から	基本ドックコース 胃カメラ 鎮静剤あり 口から	ドック専用オプション 脳ドック	ドック専用オプション 心臓・血管ドック	ドック専用オプション 肺ドック	ドック専用オプション メンズドック	ドック専用オプション レディースドック	ドック専用オプション 膵臓ドック	ドック専用オプション 基本ドックコース胃カメラのみ 消化器ドック	ドック専用オプション 基本ドックコース胃カメラのみ フルコースドック	ドック専用オプション 基本ドックコース胃カメラのみ プレミアムドック 通院	ドック専用オプション 基本ドックコース胃カメラのみ プレミアムドック 宿泊	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)
1	2026/4/1	桜　十字子	ｻｸﾗ ｼﾞｭｳｼﾞｺ	2	1990/1/5	37	080-XXXX-XXXX	999	1	○							○						室内セット
2																							
3																							

記入例↑

1か2でご記入ください

1か2でご記入ください

『企業情報シート』と『受診者名簿』をご記入の上、
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。

事業所名称

受診者名簿【協会けんぽ(定期健診)専用】

桜十字予防医療センター

※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。

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。

※プルダウンにて選択してください。

	第1希望 予約日 (西暦) 例)2026/4/7	第2希望 予約日 (西暦) 例)2026/4/14	漢字氏名 ※姓と名の間にスペースを入れてください	カナ氏名 ※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) 例)1990/1/23 ※スラッシュを入れてください。	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	年度末年齢 (自動入力されます)	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こちらへ)
											34歳以下	35歳以上	40,45,50,55,60,65,70歳			・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 ※若年層健診	一般健診	節目健診	特定業務従事者健診	新規雇用健診	鼻から	口から	乳がん(マンモ)	子宮がん	骨密度	
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

事業所名称

受診者名簿【協会けんぽ(定期健診)専用】

見本

桜十字予防医療センター

※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。

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。

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。

	第1希望予約日(西暦)例)2026/4/7	第2希望予約日(西暦)例)2026/4/14	漢字氏名 ※姓と名の間にスペースを入れてください	ｶﾅ氏名 ※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)例)1990/1/23	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	年度末年齢(自動入力されます)	受診コース 34歳以下 ※若年層健診 基本健診	受診コース 35歳以上 一般健診	受診コース 40,45,50,55,60,65,70歳 節目健診	受診コース 特定業務従事者健診	受診コース 新規雇用健診	胃カメラ検査へ変更 ･鎮静剤なし ･細いカメラ使用 鼻から	胃カメラ検査へ変更 鎮静剤あり 口から	協会けんぽ補助利用 40歳以上偶数 乳がん(マンモ)	協会けんぽ補助利用 20歳以上偶数 子宮がん	協会けんぽ補助利用 40歳以上偶数 骨密度	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)
1	2026/4/7	2026/4/14	桜 十字子	ｻｸﾗ ｼﾞｭｳｼﾞｺ	2	1990/1/5	080-××××-××××	999	1	37		○						○			室内セット
2																					
3																					

記入例↑

1か2でご記入ください

節目健診をご希望の方は必ず「一般健診」と「節目健診」両方に○をつけてください。

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。

『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