

2022年度 健康診断申込書

お申込日： 年 月 日

【お申込みに関する注意事項】

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

| | | |
|--------------|-------------|-------------|
| 事業所名 | 部署名 | |
| | (フリガナ) | |
| 住所 | ご担当者名 | |
| | 電話番号 | |
| | FAX番号 | |
| | 希望予約月 | |
| 加入健康 保険組合 | 保険者名称 [|] |
| | 保険者 番号 [| 保険証 記号 [|

▼お支払方法 1～3のいずれかに○をつけてください

| | |
|---|--------------------------------------|
| 1 | ・全て個人支払い（受診者が個人的に追加したオプションも含む） |
| 2 | ・全て事業所請求（受診者が個人的に追加したオプションも含む） |
| 3 | ・指定検査のみ事業所請求（例：一般健診のみ/胃部内視鏡への切替料金など） |
| [| |

▼郵送物の送付先 1～3/A・Bのいずれかに○をつけてください

| | | | |
|---------|---------------|-----------------|--------------|
| 健康診断問診票 | 1 事業所 | 2 各受診者の自宅 | 3 その他 |
| 個人の結果 | 1 事業所 | 2 各受診者の自宅 | 3 その他 |
| 事業所様控え用 | 1 事業所 | 2 各受診者の自宅 | 3 その他 |
| | A 法定項目 注1) | B 法定項目以外 注2) | 【Bの場合：契約が必要】 |
| 請求書 | 1 事業所 | 2 その他 | |

注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。
連名簿（1ページに6名連記）とさせていただきます。

注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。

※受診者のご自宅・その他へ送付をご選択された場合は、以下へご記入いただくか、わかるものを別途送付ください。
その他の郵便先

[

【お申込み方法】

■ メールでお申込みの場合

健康診断申込書と受診者名簿の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://www.sakurajyuji.or.jp/check_up/corporation/

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

■ FAXでお申込みの場合

健康診断申込書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
株式会社 桜十字

受診者名簿【各種組合専用】

メディメッセ 桜十字
KUMAMOTO

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

| 希望予約月 | 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 | 組合 太郎 | クマイ 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) 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

健康診断申込書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】**

