

2025年度 健康診断申込書

お申込日 2025年3月24日

健康診断をお申込みの際は『健康診断受診者名簿』もご提出ください。

ご記入後、サンピア仙台健診クリニックへFAX願います。 FAX 022-355-4885

▼お客様情報（企業情報）

（フリガナ）	サンピア仙台健診クリニック	担当部署	
事業所名称	サンピア仙台健診クリニック		
事業所住所	〒 984-0016	※建物名等ございます場合には忘れずにご記入ください。	
	宮城県仙台市若林区蒲町東4番地の2		
（フリガナ）	サンピア 仙台	電話番号	022-282-7511
ご担当者	サンピア 太郎	FAX番号	022 - 355 - 4885
健保情報	<input checked="" type="checkbox"/> 全国健康保険協会 【 宮城支部 】	保険者番号	01040013
	<input type="checkbox"/> その他組合 【 】	保険証記号	123456

▼健康診断について

受診票送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 上記住所と同じ				
	<input type="checkbox"/> 支店等その他住所 〒 宛名 【 】				
個人結果送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 上記住所と同じ				
	<input type="checkbox"/> 支店等その他住所 〒 宛名 【 】				
事業所結果控え送付先	<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ				
	<input checked="" type="checkbox"/> 支店等その他住所 〒 984-1234 宛名 【 サンピア本社 】 宮城県仙台市若林区蒲町〇〇12-34				
支払方法	項目	会社請求	当日窓口会計（領収書名）		
	全国健康保険協会（協会けんぽ）	基本健診料（一般健診）	<input checked="" type="checkbox"/> 電子請求書	<input type="checkbox"/> 会社名	<input type="checkbox"/> 個人名
		基本健診料（付加）※対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 電子請求書	<input type="checkbox"/> 会社名	<input type="checkbox"/> 個人名
		健保補助対象乳がん・子宮がん検査	<input checked="" type="checkbox"/> 電子請求書	<input type="checkbox"/> 会社名	<input type="checkbox"/> 個人名
		健保補助対象肝炎ウイルス	<input checked="" type="checkbox"/> 電子請求書	<input type="checkbox"/> 会社名	<input type="checkbox"/> 個人名
		胃カメラ変更差額	<input type="checkbox"/> 電子請求書	<input type="checkbox"/> 会社名	<input checked="" type="checkbox"/> 個人名
		オプション検査	<input type="checkbox"/> 電子請求書	<input type="checkbox"/> 会社名	<input checked="" type="checkbox"/> 個人名
	その他組合（ ）	基本健診料	<input type="checkbox"/> 電子請求書	<input type="checkbox"/> 会社名	<input type="checkbox"/> 個人名
		組合補助対象オプション	<input type="checkbox"/> 電子請求書	<input type="checkbox"/> 会社名	<input type="checkbox"/> 個人名
		胃カメラ変更差額	<input type="checkbox"/> 電子請求書	<input type="checkbox"/> 会社名	<input type="checkbox"/> 個人名
オプション検査		<input type="checkbox"/> 電子請求書	<input type="checkbox"/> 会社名	<input type="checkbox"/> 個人名	
※印が無い場合、ご確認が取れない場合は原則として当日個人窓口会計となります。					
その他ご指定項目はこちらへ 例：①ドック差額は窓口 ②会社を通したオプション申込みのみ電子請求・それ以外は個人支払い…etc ・特殊健診キシルンは請求書支払い					
電子請求書	<input type="checkbox"/> 請求用メールアドレス： (w.yoyaku@sunpia-sendai.jp) ※受取アドレスを2件以上ご希望の場合は、請求書電子送付サービスにログイン後「担当者設定」からお客自身で設定・追加をお願いします。				
	<input type="checkbox"/> その他				

▼健康診断結果帳票

事業所結果控え	<input type="checkbox"/> 希望しない <input checked="" type="checkbox"/> 希望する（事業所結果控えは受診月ごとに受診者名簿とあわせてお送りいたします。）
	▼事業所結果控えをご希望の際は、必要帳票を下記よりお選びください <input checked="" type="checkbox"/> 健康診断個人5号様式 <input checked="" type="checkbox"/> 結果一覧（法定項目のみ表示） <input checked="" type="checkbox"/> 定期健康診断報告書（労基） <input checked="" type="checkbox"/> 特殊健康診断報告書（各個人票設定） <input type="checkbox"/> 健康診断個人表（雇入）
	※下記の書類をご希望の事業所は別途「健康診断結果データの活用における同意確認書」の提出が必要となります。 <input type="checkbox"/> 結果一覧（法定項目外も表示） <input type="checkbox"/> 定期健康診断結果のコピー
XMLデータ提出の希望	<input checked="" type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する（料金 円）

▼連絡欄（ご意見・ご要望など）

ク リ ニ ツ ク	情報処理	結果担当	発送担当	予約担当	契約担当	営業担当
	/	/	/	/	/	/



サンピア仙台健診クリニック

問合せ先：TEL 022-282-7511（予約）、メール w.yoyaku@sunpia-sendai.jp

2025年度 健康診断申込書

お申込日 2025年3月19日

健康診断をお申込みの際は『健康診断受診者名簿』もご提出ください。

ご記入後、サンピア仙台健診クリニックへFAX願います。 FAX 022-355-4885

▼お客様情報（企業情報）

(フリガナ)		担当部署	
事業所名称			
事業所住所	〒 _____ ※建物名等ございます場合には忘れずにご記入ください。		
(フリガナ)		電話番号	
ご担当者		FAX番号	- -
健保情報	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 【 _____ 】	保険者番号 【 _____ 】	
	<input type="checkbox"/> その他組合 【 _____ 】	保険証記号 【 _____ 】	

▼健康診断について

受診票送付先	<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ					
	<input type="checkbox"/> 支店等その他住所 〒 _____ 宛名 【 _____ 】					
個人結果送付先	<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ					
	<input type="checkbox"/> 支店等その他住所 〒 _____ 宛名 【 _____ 】					
事業所結果控え送付先	<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ					
	<input type="checkbox"/> 支店等その他住所 〒 _____ 宛名 【 _____ 】					
支払方法	全国健康保険協会 (協会けんぽ)	項目	会社請求	当日窓口会計（領収書名）		
		基本健診料（一般健診）	<input type="checkbox"/> 電子請求書	<input type="checkbox"/> 会社名	<input type="checkbox"/> 個人名	
		基本健診料（付加）※対象者	<input type="checkbox"/> 電子請求書	<input type="checkbox"/> 会社名	<input type="checkbox"/> 個人名	
		健保補助対象乳がん・子宮がん検査	<input type="checkbox"/> 電子請求書	<input type="checkbox"/> 会社名	<input type="checkbox"/> 個人名	
		健保補助対象肝炎ウイルス	<input type="checkbox"/> 電子請求書	<input type="checkbox"/> 会社名	<input type="checkbox"/> 個人名	
		胃カメラ変更差額	<input type="checkbox"/> 電子請求書	<input type="checkbox"/> 会社名	<input type="checkbox"/> 個人名	
	その他組合 (_____)	オプション検査	①事前お申込み	<input type="checkbox"/> 電子請求書	<input type="checkbox"/> 会社名	<input type="checkbox"/> 個人名
			②当日お申込み	<input type="checkbox"/> 電子請求書	<input type="checkbox"/> 会社名	<input type="checkbox"/> 個人名
		基本健診料		<input type="checkbox"/> 電子請求書	<input type="checkbox"/> 会社名	<input type="checkbox"/> 個人名
		組合補助対象オプション		<input type="checkbox"/> 電子請求書	<input type="checkbox"/> 会社名	<input type="checkbox"/> 個人名
その他	胃カメラ変更差額		<input type="checkbox"/> 電子請求書	<input type="checkbox"/> 会社名	<input type="checkbox"/> 個人名	
	オプション検査	①事前お申込み	<input type="checkbox"/> 電子請求書	<input type="checkbox"/> 会社名	<input type="checkbox"/> 個人名	
		②当日お申込み	<input type="checkbox"/> 電子請求書	<input type="checkbox"/> 会社名	<input type="checkbox"/> 個人名	
※印が無い場合、ご確認が取れない場合は原則として当日個人窓口会計となります。						
その他ご指定項目はこちらへ 例：①ドック差額は窓口 ②会社を通したオプション申込みのみ電子請求・それ以外は個人支払い…etc						
電子請求書	<input type="checkbox"/> 請求用メールアドレス： (_____ @ _____) ※受取アドレスを2件以上ご希望の場合は、請求書電子送付サービスにログイン後「担当者設定」からお客自身で設定・追加をお願いします。					
	<input type="checkbox"/> その他					

▼健康診断結果帳票

事業所結果控え	<input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する（事業所結果控えは受診月ごとに受診者名簿とあわせてお送りいたします。）	
	▼事業所結果控えをご希望の際は、必要帳票を下記よりお選びください	
	<input type="checkbox"/> 健康診断個人5号様式	<input type="checkbox"/> 結果一覧（法定項目のみ表示） <input type="checkbox"/> 定期健康診断報告書（労基）
	<input type="checkbox"/> 特殊健康診断報告書（各個人票設定）	<input type="checkbox"/> 健康診断個人表（雇入）
※下記の書類をご希望の事業所は別途「健康診断結果データの活用における同意確認書」の提出が必要となります。		
	<input type="checkbox"/> 結果一覧（法定項目外も表示）	<input type="checkbox"/> 定期健康診断結果のコピー
XMLデータ提出の希望	<input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する（料金 _____ 円）	

▼連絡欄（ご意見・ご要望など）

ク リ ニ ツ ク	情報処理	結果担当	発送担当	予約担当	契約担当	営業担当
	/	/	/	/	/	/



サンピア仙台健診クリニック

問合せ先：TEL 022-282-7511（予約）、メール w.yoyaku@sunpia-sendai.jp

2025年度 健康診断受診者名簿

事業所名	事業所 〒 住所： No. <small>※上記住所以外へ受診票・個人結果通知書・請求書の発送をご希望される場合には、宛先および宛名を下記にご入力ください。</small>	保険者 名称	健康保険被保険者証の 保険者番号 <small>「0」から始まる場合には「0」もご入力ください。</small>
ご担当者様名	TEL	E-mail: <small>「0」から始まる場合には「0」もご入力ください。</small>	

No.	氏名	フリガナ	性別	生年月日	年齢				人間ドック				健診項目				第1希望	第2希望	第3希望	希望時間帯				
					2026/3/31 時点	記号	番号	区分	保険者番号	VIP	プラチナ	ベーシック	ベーシック 当日結果説明	一般健診	付加健診	乳がん検診					子宮頸がん検診	胸部CT ・DWIBS		
例1	サンピア 朝子	サビアアサコ	女	昭和60年12月1日	40	045180615	1	本人	01040013			○	×	一般健診	付加健診	乳がん検診	子宮頸がん検診	胸部CT ・DWIBS	4月30日(水)	5月22日(木)	6月4日(水)	AM/PM		
ご確認ください	全角で記入し、氏名の間はスペースで区切りま す。 半角で記入し、氏 名の間はスペース で区切ります。 戸籍上 の性別 です。 和暦、西暦は問い ません。				上記起算日 時点の年齢 を表示して います。	右上の記号と異 なる場合のみご 記入ください。	番号を ご記入 くださ い。	「本 人」も しくは 「家 族」	空白や相違あ る場合は、訂 正ください。	①人間ドックご希望の場合は、コースに○をご 記入ください。 ②ベーシックコース受診で当日結果説明ご希望 時は○を、希望しない場合は×をご記入くださ い。 ※VIP、プラチナコース受診の方は結果説明は必 須です。	①ご希望の健診コース、オプション名をご記入ください。 ②入力欄不足の際は次行にご記入ください。 ③協会けんぽより費用補助対象の健診項目は表示されます。 不要な場合には削除してください。 ※年度内お一人様1回に限り、協会けんぽが健診費用の一部 を補助します。	①ご希望の健診日を第3希望までご 記入ください。 ②第一希望のみ記入の場合、ご希望 に添えない場合がございます。	①AM・ PMでご記 入くださ い。 ②時間のご 指定はでき かねます。											
1									0															
2									0															
3									0															
4									0															
5									0															
6									0															
7									0															
8									0															
9									0															
10									0															
11									0															
12									0															
13									0															
14									0															
15									0															

・Excelデータのままご提出ください。
 ・協会けんぽの費用補助対象の方で年齢起算日での年齢が75歳の方は、
 75歳のお誕生日より早い受診で補助対象となりますので、ご注意ください。