



2026年度 健康診断申込書(協会けんぽ用PDF)

お申込日 年 月 日

▼お客様情報(企業情報)

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。

(フリガナ)		担当部署	
企業名称			
企業住所	〒 ※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	
担当者メールアドレス	@		
健保情報	全国健康保険協会 【 】 支部		
	保険者番号 【 】	保険証記号 【 】	

▼健康診断について

書類送付先	〒 ※建物名等ございます場合には忘れずにご記入ください。		
	宛名 【 】		
	ご担当者名 【 】 電話番号 【 】		
	※ 受診票・結果票の書類送付先が基本情報と異なる場合のみ、上記へご記入ください。 ※ 企業お申込み時の送付物は、個人宛には送付出来かねます。		
お支払い方法	①	コース基本料金	☐ 当日窓口支払い ☐ 会社(電子)請求
	②	節目・差額ドック分	☐ 当日窓口支払い ☐ 会社(電子)請求
	③	協会けんぽオプション	☐ 当日窓口支払い ☐ 会社(電子)請求
	④	会社指定オプション ※オプションメニューコードを記入 【 】	☐ 当日窓口支払い ☐ 会社(電子)請求
	※ 上記以外は全て個人支払いとなります。 ※ 年度途中でのお支払い方法の変更は出来かねます。 ※ 『15,000円までは会社請求』や『項目や、企業ルールでの一部支払い棲み分け』といったようなご要望はお受けできかねます。		
電子請求書	☐ 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」からお客様自身で設定・追加をお願いします。 ☐ 担当者メールアドレスと同じ		

▼健康診断結果帳票

企業結果控え	☐ 希望しない ☐ 希望する(企業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。) ▼企業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 ☐ 健康診断個人5号様式 ☐ 結果一覧(法定項目のみ表示) ☐ 定期健康診断報告書(労基) ☐ 特殊健康診断報告書(各個人票設定)※検査項目【 】 ☐ 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。 ☐ 結果一覧(法定項目外も表示) ☐ 定期健康診断結果のコピー ☐ 不要	
XMLデータ	☐ 必要 料金 (1~10人:1,100円 / 11~20人:2,200円 / 21人以上:3,300円)	

ご記入後、サンピア仙台健診クリニックへメール願います

メール:w.yoyaku@sunpia-sendai.jp(予約問い合わせTEL:022-282-7511)

▼連絡欄(ご意見・ご要望など)

	クリニッ ク 使 用 欄	情報処理	結果	発送	予約	推進室	営業
		/	/	/	/	/	/

☐ 予約先行

2026年度 健康診断受診者名簿（協会けんぽ用PDF）

記入日	年	月	日	以下全てご記入ください
企業名				
ご担当者名				
電話番号				
協会けんぽ 支部名				
保険者番号				
保険記号				
受診NG 時間帯				

起算日
2027/4/1

○注意事項○

△ 個人情報の入力について

- ① 氏名・生年月日・保険証情報に相違があると受診いただけない場合がございます。ご提出の際は、今一度、各受診者様の情報にお間違いがないかご確認ください。
- ② 健保補助のある健診を受診する場合は、保険証情報に相違があると補助が受けられません。

△ 項目の選択について

- 【健診コース】→（ 一般 / 若年 / 節目/ 差額ドック（一般） / 差額ドック（節目） / 人間ドック健診 / 雇入れ健診 / その他 ）

その他の場合は希望されるコース名称をご入力ください。 ※例：その他（ 定期健診 ） ※他健診と雇入れを兼ねる場合は、備考欄に『雇入れ』と明記ください。

- 【胃部検査】→胃部検査が健診コースに含まれている場合、必ず（ 胃部検査なし / バリウム/ 胃カメラ ）のいずれかを選択。

『胃なし』希望時は、理由を備考欄に明記してください。

- 【健保補助のあるオプション】→→①健保補助対象年齢の方は、健保オプションを優先。②健保補助対象外年齢の方が希望されている場合は、クリニックオプションとなります。

当院使用欄	
団体No.	
予約管理No.	

☐ 予約先行

2027/4/1											当院使用欄		
	フリガナ 保険証氏名	生年月日 YYYY/MM/DD	年齢	性別	保険証 番号	枝番	区分	受診コース		希望オプション ※メニューコード記入	予約希望日 ※第1～3希望まで記入		決定予約日 日付（曜日/時間）
1				☐ 男			☐ 被保険者（本人）		・胃部検査： ☐ なし ☐ バリウム ☐ カメラ		・第1希望		/ （ ）
				☐ 女			☐ 被保険者（任継）	・子宮細胞診： ☐ なし ☐ あり	・第2希望				
			☐ 被扶養者（配偶者）				・マンモグラフィー： ☐ なし ☐ 1方向 ☐ 2方向	・第3希望			時 分		
			☐ 被扶養者（家族）				・女性骨密度： ☐ なし ☐ 超音波 ☐ DXA法	月 日（ ）					
2				☐ 男			☐ 被保険者（本人）		・胃部検査： ☐ なし ☐ バリウム ☐ カメラ		・第1希望		/ （ ）
				☐ 女			☐ 被保険者（任継）	・子宮細胞診： ☐ なし ☐ あり	・第2希望				
			☐ 被扶養者（配偶者）				・マンモグラフィー： ☐ なし ☐ 1方向 ☐ 2方向	・第3希望			時 分		
			☐ 被扶養者（家族）				・女性骨密度： ☐ なし ☐ 超音波 ☐ DXA法	月 日（ ）					
3				☐ 男			☐ 被保険者（本人）		・胃部検査： ☐ なし ☐ バリウム ☐ カメラ		・第1希望		/ （ ）
				☐ 女			☐ 被保険者（任継）	・子宮細胞診： ☐ なし ☐ あり	・第2希望				
			☐ 被扶養者（配偶者）				・マンモグラフィー： ☐ なし ☐ 1方向 ☐ 2方向	・第3希望			時 分		
			☐ 被扶養者（家族）				・女性骨密度： ☐ なし ☐ 超音波 ☐ DXA法	月 日（ ）					
4				☐ 男			☐ 被保険者（本人）		・胃部検査： ☐ なし ☐ バリウム ☐ カメラ		・第1希望		/ （ ）
				☐ 女			☐ 被保険者（任継）	・子宮細胞診： ☐ なし ☐ あり	・第2希望				
			☐ 被扶養者（配偶者）				・マンモグラフィー： ☐ なし ☐ 1方向 ☐ 2方向	・第3希望			時 分		
			☐ 被扶養者（家族）				・女性骨密度： ☐ なし ☐ 超音波 ☐ DXA法	月 日（ ）					
5				☐ 男			☐ 被保険者（本人）		・胃部検査： ☐ なし ☐ バリウム ☐ カメラ		・第1希望		/ （ ）
				☐ 女			☐ 被保険者（任継）	・子宮細胞診： ☐ なし ☐ あり	・第2希望				
			☐ 被扶養者（配偶者）				・マンモグラフィー： ☐ なし ☐ 1方向 ☐ 2方向	・第3希望			時 分		
			☐ 被扶養者（家族）				・女性骨密度： ☐ なし ☐ 超音波 ☐ DXA法	月 日（ ）					

備考欄	
営業担当：	予約担当：