

## 健康診断等結果再発行依頼書

下記の健康診断等結果の再発行をお願いします。 記入日 年 月 日

|   |   |
|---|---|
| 事業所名  |   |
| 請求者<br><small>(個人宛結果はご本人の依頼に限りお受けいたします。)</small>          | 氏名 <span style="float: right;">(印)</span> <span style="margin-left: 100px;">生年月日</span><br>大・昭・平 年 月 日生   |
|   | 連絡先：TEL ( ) - (勤務先・自宅・携帯)<br><small>※日中連絡がとれる電話番号をご記入ください。</small>  |
|   | 依頼理由： 1.紛失・汚損 2.勤務先提出 3.保険会社提出 4.その他 ( )  |
| お届け先  | 〒 - <span style="float: right;">・勤務先<br/>・自宅</span><br><small>※いずれかに○をつけてください。</small>  |
| 請求内容<br><small>(該当するものを○で囲むか、記載がない場合は名称をご記入ください。)</small> | 1 種別： 定期健診<br>人間ドック<br>特殊健診 (種別： )<br>精密検査<br>ストレスチェック<br>その他 ( )<br><br>2 受診日(受検日)： 年 月 日<br><br>3 帳票： ・個人宛結果<br>・事業所宛結果 (結果一覧表・有所見者一覧表・健康診断個人票) |

※ 1 本人確認のため運転免許証(ない場合は保険証)のコピーを添付してください。

2 受診(受検)年月日が不明な場合は、わかる範囲でご記入ください。

3 依頼先 〒950-1187 新潟市西区北場1185-3

定期健診等： 新潟ウェルネス4階 情報処理一課 TEL (025) 370-1965

人間ドック： 新潟ウェルネス6階 情報処理一課 TEL (025) 370-1900

注) 再発行には、依頼書受付日より1週間ほどかかりますのでご了承ください。

★健診機関使用欄

| 受取り | 発送者 | 発送承認 | 完成チェック | 確認② | 健診外作成 | 結果作成 |
|-----|-----|------|--------|-----|-------|------|
|     |     |      |        |     |       |      |

発送方法： 郵送 ・ 引渡し ・ その他 ( )