

# 健康診断結果報告書再発行依頼書兼受取書

(依頼日) 年 月 日

健康診断結果報告書の再発行を申請いたします。(太枠内をご記入ください)

再発行を依頼する 受診者	フリガナ		受診者ID
	氏名		
	生年月日	昭・平 年 月 日	
	住所		
	電話番号		
申請者	申請者本人 申請者以外 <u>申請者本人以外は、申請・受領の委任状が必要です。</u>		
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	昭・平 年 月 日	
	住所		
	電話番号		
受診日	<input type="checkbox"/> 直近の受診日のもの <input type="checkbox"/> 指定受診日( 年 月 日)		

※申請が本人以外の場合は、下記委任状をご記入下さい。

## 委任状

私は上記のとおり、申請者 \_\_\_\_\_ に対して、結果報告書再発行の申請・受領等に関して同意いたします。

年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_ 印

## 受取書

受け取られた方の

ご署名 \_\_\_\_\_ 受け渡し日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ご関係 ご本人・ご家族( )・職場・その他( )

なお、ご提供いただいた個人情報は、本手続処理以外では使用いたしません。

※再発行手続きにかかる事務手数料として、550円(税込)を徴収させていただきます。

## 健診センター使用欄

再発行日(渡した日)	年 月 日	受付者職員
申請者等の確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 病院職員	
	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 保険会社の同意書等 <input type="checkbox"/> その他( )	