

健康診断結果再発行依頼書

1. 太枠内を申請者をご記入ください

記入日 年 月 日

申請者	事業所名			
	フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名	⑩	生年月日	年 月 日
	連絡先		請求書宛名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	依頼理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 勤務先提出 <input type="checkbox"/> 保険会社提出 <input type="checkbox"/> その他 ()		
請求内容	受診日	年 月 日 (不明な場合はわかる範囲で記載してください)		
	受診者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※申請者と受診者が異なる場合は下記をご記入ください		
	フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名		生年月日	年 月 日
受取方法	<input type="checkbox"/> 依頼書持参・窓口受取 <input type="checkbox"/> 郵送 郵送を希望される場合、切手貼付済の返信用封筒を同封の上、当クリニックへご郵送ください。再発行依頼書到着確認後、下記住所へ結果・請求書を郵送いたします。			
	郵送先住所	〒	宛名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ

2. 申請書をご提出される際は、下記の確認書類が必要となります。必ずご確認いただき、添付してご提出ください。

なお、ご提供いただいた個人情報は、本手続き処理以外では使用いたしません。

(1) 申請者が受診者本人の場合

- 健康診断結果再発行依頼書 (この用紙)
- 受診者本人であることを確認できる書類のコピー (運転免許証、健康保険証等)

(2) 申請者が受診者本人ではなく代理人の場合

- 健康診断結果再発行依頼書 (この用紙)
- 受診者本人から代理手続する権限を委任されたことを証明する書類 (この用紙)
- 受診者本人であることを確認できる書類のコピー (運転免許証、健康保険証等)
- 代理人本人であることを確認できる書類のコピー (運転免許証、健康保険証等)

3. 留意事項

- (1) 再発行する健康診断結果報告書は、ご指定がない場合は、申請日から直近の受診日のものとなります。
- (2) 下記の場合、情報保護の観点から廃棄させていただきます。
 - ① 窓口受取を希望され、申請日より1ヶ月を経過してもお受け取りがない場合
 - ② 郵送受取を希望され、受取がなく当クリニックへ返送された場合
- (3) 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。

4. 委任状 ※必要な場合のみ、ご記入ください

委任状

受任者	住所	〒	代理人	住所	〒
	氏名	⑩		氏名	

私は右記の者を代理人と定め、健康診断結果再発行に関する一切の権限を委任します。