

年 月 日

松本市医師会検査健診センター 行

健康診断等結果再発行依頼書

下記の健康診断等の再発行をお願いします。

請求者 (個人宛結果はご本人の依頼に限りお受けいたします。)	事業所名	
	住所(所在地) 〒 TEL () -	
	氏名 印	依頼理由
受診者	氏名	生年月日 大・昭・平 年 月 日生
お届け先	請求者の住所(所在地)と異なる場合にご記入ください。 〒 TEL () -	
請求内容 (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)	1 種別： 定期健診 ・ 生活習慣病健診 ・ 人間ドック 他 () 2 受診日： 年 月 日 3 帳票： ・健康診断結果報告書(個人通知用) ・健康診断結果報告書控え(事業主用) ・他 ()	

- ※ 1 本人確認のため運転免許証または各種保険証のコピーを添付してください。
 2 受診年月日が不明な場合は、わかる範囲でご記入してください。
 3 郵便切手を貼った返信用封筒をご送付ください。
 4 依頼先：〒390-0875 松本市城西 2-5-5
 電話 (0263) 32-8042

注) 再発行には、依頼受付日より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

依頼受託	確認	再発行	発送手続き	発送者		

発送方法： 郵送 ()