

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 (個人宛結果はご本人の依頼に限りお受けいたします。)	氏名 ⑩ 生年月日 大・昭・平 年 月 日生
	連絡先：TEL () — (勤務先 ・ 自宅 ・ 携帯) <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	〒 — ・勤務先 ・自宅 <small>※いずれかに○をつけてください。</small>
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 人間ドック 特殊健診 (種別：) 精密検査 ストレスチェック その他 () 2 受診日 (受検日)： 年 月 日 3 帳票： ・個人宛結果 ・事業所宛結果 (結果一覧表・事後措置対象者一覧表・健康診断個人票)

1 本人確認のため運転免許証、または※マイナンバーカード(ない場合は保険証)のコピーを添付してください。

※ コピーをとるときは、ケースに入れた状態でおもて面だけをコピーし、うら面はコピーしないでください。

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、依頼書受領日から発送までに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 ()