

公益財団法人シルバーリハビリテーション協会

メディカルコート八戸西病院付属

八戸西健診プラザ 殿

健康診断結果再発行依頼書

下記の健康診断結果の再発行をお願いします。(太枠内をご記入下さい)

請求者	事業所名	
	住所（所在地） 〒	
	TEL () -	
受診者	氏名	依頼理由 紛失 その他 ()
	カナ 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）と違う場合にご記入ください。 〒	
請求内容	<p>1 種別：定期・特殊・二次検査・他 ()</p> <p style="margin-left: 20px;">└ 有機溶剤・鉛・特定化学物質 ()</p> <p style="margin-left: 20px;">じん肺・電離放射線・振動・他 ()</p> <p>2 受診日： 年 月 日</p> <p>3 帳票： ・健康診断結果報告書（再発行料 3,300 円） ・健康診断結果個人票・様式第 5 号（再発行料 550 円） ・特殊健康診断個人票（再発行料 550 円） ・その他 ()</p> <p>4 来館にて受け取り ・ 郵送希望（希望日： 年 月 日）</p> <p style="color: red;">（郵送の場合は代金引換のみとさせていただきます。信書便 1,045 円（東北六県以外は料金変更有）+代引手数料 330 円）</p>	

※ 1 請求者の保険証または運転免許証等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ください。

3 依頼先：〒039-1103 八戸市長苗代字中坪 74-1 電話 (0178) 21-1717

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。

2019.10.1 改

★健診機関用

お客様受取り	受付へ・発送 (内部担当者)	発行者	到着確認