

健診結果(直営)再交付依頼書

年 月 日

東京都情報サービス産業健康保険組合 御中

貴組合 直営健診センターにて受診した健診の結果表の再交付を依頼いたします。

記号—番号	事業所名		
—			
氏名	電話番号	区分	
	TEL ()	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	

※ご依頼は受診された本人のみ受付いたします。

受診日	健診の種類	受診場所
西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> B健診 <input type="checkbox"/> C健診 <input type="checkbox"/> その他専門検診等()	<input type="checkbox"/> 東中野 <input type="checkbox"/> 西新橋
種別	<input type="checkbox"/> 結果表 <input type="checkbox"/> 別表 <input type="checkbox"/> その他 ()	
※会社へ法定健診項目のみ提出される際は、「別表」を選択してください		
再交付理由	()	
<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他	()	

受取方法	
<input type="checkbox"/> 自宅へ郵送 ※受診者様宛てにご自宅へ送付いたします	<住所> 〒 —
<input type="checkbox"/> 東中野保健センター窓口	※書類の準備ができましたら、ご連絡させていただきます。 ・お受け取りはご本人様のみとなります。 ・受領の際、ご本人様確認をしておりますので、身分証明書をご持参ください。

<送付先>
〒164-8507
東京都中野区東中野1-51-3
東京都情報サービス産業健康保険組合
東中野保健センター

受付印