

健康診断結果報告書 再発行申請書

1. 太枠内を申請者がご記入ください。連絡先は、日中ご連絡がとれる電話番号をご記入ください。

申請日	年 月 日	利用目的	☐ ご本人での保管用 ☐ 生命保険等手続申請用
指定の受取方法	☐ 案内会計窓口での受け取り (受取希望日: 月 日) ☐ 代引き郵送での受け取り		
再発行対象とする 結果報告書受診日	☐ 直近の受診日のもの ☐ 指定受診日 (年 月頃)		
申請者氏名	(フリガナ)	性別	☐ 男 ☐ 女
		生年月日	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日
郵送先住所	〒	連絡先	

※申請者と受診者が異なる場合（代理人申請の場合）は、下記の内容をご記入ください。

再発行する 受診者の氏名	(フリガナ)	性別	☐ 男 ☐ 女
		生年月日	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日

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、添付してご提出下さい。
なお、ご提供いただいた個人情報は、本手続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

- ☐ 健康診断結果報告書 再発行申請書（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、マイナンバーカード、健康保険証等）

(2) 申請者が受診者本人でなく代理人の場合

- ☐ 健康診断結果報告書 再発行申請書（この用紙）
- ☐ 受診者本人から代理手続きする権限を委任されたことを証明する書類（委任状 ※所定書式）
- ☐ 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、マイナンバーカード、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、マイナンバーカード、健康保険証等）

3. 留意事項 ※内容に同意された場合は、右□に☑してください。
同意いただけない場合は、再発行できません。

☐ 下記の留意事項の内容に同意します。

- (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) 窓口受け取りを希望され、申請日より1ヶ月を経過してもお受け取りがない場合、また、郵送受け取りをご希望され、お受け取りがなく当センターに返送された場合は、情報保護の観点から廃棄させていただきます。
- (3) 再発行手続にかかる事務手数料として、3,300円（税込）を徴収させていただきます。