

健康診断 結果開示 請求書

年 月 日

下記の必要事項をご記入いただき、必要な本人確認書類等を添付のうえ、本請求書をご提出ください。
太枠内は、必要記載事項となりますので、記入漏れのないようご注意ください。

開示対象となる方を特定するための情報

フリガナ		生年月日	大正	年	月	日
氏名	Ⓜ		昭和			
			平成			
住所	(〒)					
電話番号	日中ご連絡できる電話番号をご記入ください					
開示が 必要な 健診検査結果	1 健康診断健診結果報告書 2 胸部X線 3 胃部X線 4 マンモグラフィ 5 腹部超音波 6 乳腺超音波 7 眼底 8 心電図					
受診形態	1 住民健診 2 職域健診 3 学校検診 4 その他()					
理由	1 受診者様都合 2 医療機関指示 3 その他()					
健診受診日等	実施主体名 () 年 月 日 No. 年 月 日 No. 年 月 日 No. 年 月 日 No.					
本人確認書類	1 運転免許証 2 パスポート 3 住民基本台帳カード 4 マイナンバーカード 5 在留カード 6 健康保険証 7 その他()					

代理人の情報

(開示の対象となる方と開示を申請する方が異なる場合のみご記入ください)

フリガナ		生年月日	大正	年	月	日
氏名	Ⓜ		昭和			
			平成			
住所	(〒)					
電話番号	日中ご連絡できる電話番号をご記入ください					
開示対象者 との関係	1 任意代理人 2 法定代理人(親権者・成年後継人・法定代理人) 3 法定相続人					
関係を証明 する書類	任意代理人 1 委任状 法定代理人 1 戸籍謄本 2 その他()					
本人確認書類	1 運転免許証 2 パスポート 3 住民基本台帳カード 4 マイナンバーカード 5 在留カード 6 健康保険証 7 その他()					