**特定健康診査等結果通知再交付申請書**

　年　　　月　　　日

健康ほけん課長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 氏　　名： |
|  | 住　　所： |
|  | 生年月日： |
|  | 受診者との関係： |
|  | 電話番号： |

下記により、特定健診結果等結果通知を再交付願いたく申請します。

１．再交付が必要な健診実施年度

　　　　　　　　　　　　　　　年度

２．受診者（申請者と異なる場合は記入してください）

|  |
| --- |
| 氏　　名： |
| 住　　所： |
| 生年月日： |

３．再交付した結果通知の使用目的

　①医療機関・保険会社等への提出　　　　②その他（　　　　　　　　　　　　　）

※１．申請者は身分証明書等を窓口職員に提示すること。郵送による場合は身分証明書等の写しを添付すること。

　２．家族その他本人以外が申請する場合は、本人からの委任状（原本）を提出すること。

　３．郵送による場合は返信用封筒を同封すること。（受診者の住所、氏名を記入し送料分の切手を貼ったもの）

　４．郵送による場合は受診者以外への送付はできません。

|  |
| --- |
|  |

□受診者本人であることの確認できる書類のコピー

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付印 | 再交付日 | 交付者 |
|  |  |  |