

健康診査書類等に関する 再発行請求書

年 月 日

医療法人同仁会(社団)

理事長 松井 道宣 殿

記入例

私は、貴院が保有する下記の健康診断書類等の再発行を請求いたします。

再発行を希望する 受診者氏名	フリガナ 氏名	ドウジン タロウ 同仁 太郎
企業(会社)健診関係書類の場合	<input checked="" type="checkbox"/> 企業(会社)確認済み	※個人受診の場合は必要ありません。
会社での受けた健診の場合は、会社へご確認いただき、上記へのチェックをいれて下さい。	大正/昭和/平成	22 年 4 月 1 日
	再発行を希望する書類等	1、健診結果報告書 2、単体検査結果報告書 3、検査データCD-ROM 4、レントゲンフィルム 5、その他

希望される内容に○を付けて下さい。

※企業健診実施分の場合は、会社の上承が必須となります。
上記「企業(会社)確認済み」にチェックがない場合は発行できかねますのでご注意ください。

【請求者(自署)】

↓ 来院される方の自署になります。

↓ 代理人の方が来院される場合のみ
記入してください。

氏名

同仁 太郎



受診者との
関係

住所

京都市南区 ○○町 ○○アパート ○○-○○

電話番号

075-600-0000

※請求者が代理人の場合は、代理人確認書も提出して下さい。

【スタッフ処理欄】

受付種別	来院	電話	その他()
本人確認	来院	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 身分証明書
		<input type="checkbox"/> 保険証	<input type="checkbox"/> その他()
	電話	<input type="checkbox"/> 氏名/生年月日/問診記載住所及び電話番号 の全てにおいて一致	

受付担当者	再発行者	入金確認	書類渡し済/郵送済
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

※郵送の場合は現金書留で前払いとし、原則着払とする

健康診査書類等に関する 再発行請求書

年 月 日

医療法人同仁会(社団)

理事長 松井 道宣 殿

私は、貴院が保有する下記の健康診断書類等の再発行を請求いたします。

再発行を希望する 受診者氏名	フリガナ 氏名	
企業(会社)健診関係書類の場合	<input type="checkbox"/> 企業(会社)確認済み※個人受診の場合は必要ありません。	
ID		
生年月日	大正/昭和/平成	年 月 日
再発行を希望する書類等	1、健診結果報告書	
	2、単体検査結果報告書	
	3、検査データCD-ROM	
	4、レントゲンフィルム	
	5、その他	

※企業健診実施分の場合は、会社の了承が必須となります。
上記「企業(会社)確認済み」にチェックがない場合は発行できかねますのでご注意ください。

【請求者(自署)】

氏名 _____ 印 _____ 受診者との
関係 _____

住所 _____ 電話番号 _____

※請求者が代理人の場合は、代理人確認書も提出して下さい。

【スタッフ処理欄】

受付種別	来院	電話	その他()
本人確認	<input type="checkbox"/>	運転免許証	<input type="checkbox"/> 身分証明書
	<input type="checkbox"/>	保険証	<input type="checkbox"/> その他()
	電話	<input type="checkbox"/> 氏名/生年月日/問診記載住所及び電話番号 の全てにおいて一致	

受付担当者	再発行者	入金確認	書類渡し済/郵送済
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

※郵送の場合は現金書留で前払いとし、原則着払とする

代理人確認書

年 月 日

医療法人同仁会(社団)

理事長 松井 道宣 殿

記入例

私は、私の健康診査関係書類の請求について下記の者を代理人と定めた事を認めます。

【代理人】

フリガナ 氏名	ドウジン ハナコ 同仁 花子
受診者との関係	妻
住所	京都市南区 〇〇町 〇〇アパート 〇〇-〇〇
電話番号	075-6〇〇-〇〇〇〇

【受診者様(自署)】

氏名 同仁 太郎



住所 京都市南区 〇〇町 〇〇アパート 〇〇-〇〇

電話番号 075-6〇〇-〇〇〇〇

健康診査関係書類等の再発行書類等について、代理人へのお渡しを希望される場合は
本書類と「健康診査書類等に関する 再発行請求書」をご提出ください。
書類受渡し時に、代理人の方の身分証明の確認をさせていただきますので、運転免許証や保険証などをご持参ください。

【スタッフ処理欄】

受付担当者
年 月 日

代理人確認書

年 月 日

医療法人同仁会(社団)

理事長 松井 道宣 殿

私は、私の健康診査関係書類の請求について下記の者を代理人と定めた事を認めます。

【代理人】

フリガナ 氏名	
受診者との関係	
住所	
電話番号	

【受診者様(自署)】

氏名

印

受診者との
関係

住所

電話番号

健康診査関係書類等の再発行書類等について、代理人へのお渡しを希望される場合は
本書類と「健康診査書類等に関する 再発行請求書」をご提出ください。
書類受渡し時に、代理人の方の身分証明の確認をさせていただきますので、運転免許証や保険証などをご持参ください。

【スタッフ処理欄】

受付担当者
年 月 日