健康診断結果証明交付申請書

（記入日）：令和　　年　　月　　日

●申請者（証明書送付先）※在職の方は原則、社内メーラーで職場へ送付いたします。

氏　　名	会社名	店部コード	店部名	社員番号
フリガナ				

※退職者は右欄も必ずご記入ください。	住所	〒　　－ （電話番号　　－　　－　　）

◎交付目的、提出先について記入してください。

交付目的	1.保険加入・更新手続き　2.その他（
提出先	1.保険会社　2.その他（

◎証明が必要な対象者を記入してください。

証明対象者	被保険者等　記号・番号	氏　　名	生　年　月　日
	－　　－	フリガナ	昭・平　　年　　月　　日

被保険者との関係	被保険者の勤務する会社名	被保険者の勤務する店部名
本人　・　家族　（続柄　　）		

●本人以外の方が申請する場合は、下記の同意欄に本人の署名が必要です。

同意欄			
	私の健康診断に関する下記の書類を上記の使用目的のため、上記の申請者に渡すことに同意いたします。	氏名	フリガナ

◎必要なもの（1～3に〇をしてください。）

必要なもの			
	1、　健康診断結果証明	①	年　　月　受診分
		②	年　　月　受診分
		③	年　　月　受診分
	2、　胸部X線画像データ	①	年　　月　受診分
		②	年　　月　受診分
		③	年　　月　受診分
	3、　心　電　図　表	①	年　　月　受診分
		②	年　　月　受診分
		③	年　　月　受診分

2024.12差替

健保組合使用欄（押印しないでください。）			
常務理事	事務長	M	担当者