

健康診断結果証明申請書

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

申請日：令和 年 月 日

申請者	氏名	会社名	店部コード	店部名	担当
	フリガナ				(内線)
※退職者は右欄も必ずご記入ください。		住所	〒 - (電話番号 - -)		

使用目的	
------	--

◎どの方のものが必要ですか

必要な方の事項	健康保険証記号・番号	氏名	生年月日	
	-	フリガナ	大	年 月 日
			昭	
			平	
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・押印が必要です。

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
			印

◎必要なもの（1～3に○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線フィルム ※貸出となります	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