

受診者ご本人様 用

【報告書発行、レントゲン・心電図複製 申込書】

申込受付が完了した日から
4営業日で発送いたします

該当する項目の()内に○印と、「必要部数」をご記入ください。

発行書類	発行手数料 (税込)	必要 部数	備考
() 健康診断結果報告書 (1通につき)	1,100 円		個人結果票の再発行
() 指定書類作成 (1通につき)	1,980 円		指定用紙をお送りください
() 診療情報提供書【紹介状】 (1通につき)	5,500 円		判定が「要受診」・「要精査」の場合に限ります

●代引きをご希望の場合は、発行手数料とは別に、送料・代引き手数料として1,045円をご負担ください。

該当する項目の()内に○印と、レントゲンの場合は「撮影部位」をご記入ください。

レントゲンフィルム、心電図検査記録紙	複製手数料 (税込)	撮影部位	備考
() レントゲンフィルム複製(1枚につき)	550 円		受診時の撮影方法により貸出になる場合もあります
() レントゲンフィルム貸出	—		受診時の撮影方法により複製になる場合もあります
() 心電図検査記録紙複製(1枚につき)	550 円		コピーを提供いたします

●代引きをご希望の場合は、複製手数料とは別に、送料・代引き手数料として1,045円をご負担ください。

また、レントゲン貸出の場合は必ずご返却ください。返却時の送料もご負担ください。

申 込 日			
健診を受診した時の 事業所名			
連絡先電話番号	()	日中に連絡のつく電話番号を ご記入ください	
受診者氏名			
生 年 月 日			
健 診 受 診 日	詳しい受診日が不明な場合は 「●年●月頃」でも大丈夫です		

ご希望される受け取り方法の()内に○印をご記入ください。来院の場合は予定日時もご記入ください。

() 来院にて受け取り	来院予定 日 時 月 日 時頃	() 代引き宅配便にて送付
--------------	--------------------	----------------

来院の場合は身分証と発行手数料をご持参ください

送付先(自宅)住所	●代引き宅配便をご希望の場合は送付先をご記入ください
〒	
住 所	
電 話 番 号 ()	

ご本人様確認および送付先の確認ができる身分証のコピーを申込書と併せてお送りください