

# 【証明書・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
( ) 受診者一覧 (1件につき)	1,980 円		対象者の受診期間をご指定ください
( ) 血圧一覧 (1件につき)	5,500 円		お申し込みの際は、対象者のリストを添付してお申し込みください
( ) 申込・予約証明書 (1件につき)	1,980 円		
( ) 受診証明書 (1件につき)	1,980 円		
( ) XMLデータ (1名につき)	220 円		
( ) 健康診断結果報告書冊子(1件につき)	5,500 円		
( ) 法令用紙 様式5号 (1件につき)	5,500 円		
( ) 健康診断結果報告書 (1名につき)	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

●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

●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。

お電話等ではご本人様確認が困難なため、受診者ご本人様からのお申込は受付ておりません。  
ご面倒をお掛けして申し訳ございませんが、**健康診断ご担当者様よりお申込ください。**

申 込 日	
事 業 所 名	
健診担当者名	
連絡先電話番号	( )
受 診 者 氏 名	
生 年 月 日	
健診受診日(受診期間)	

送付先 (該当するどれか1つに○)

送付先住所

●原則は代引の宅配便で送付いたします。

( ) 事業所 健診ご担当者様宛	〒 住 所
( ) 事業所 ご受診者様宛	事業所・部署
( ) ご受診者様 自宅宛	電 話 番 号 ( ) ※電話番号はご受診者様宛の場合のみ記入
( ) F A X ※受診者一覧の場合のみ	F A X 番 号 ( )
( ) メール ※受診者一覧、血圧一覧の場合のみ	メールアドレス @

ライフサポートクリニック

FAX 048(223)2637

最終更新日 2019/10/1