

## 実施主体用

長野県健康づくり事業団 長野センター宛  
FAX (026)286-6413

受付No.

## 画像開示・結果通知書再発行等依頼書

依頼日	年	月	日
実施主体名	担当者名		
住所〒			

電話	FAX
----	-----

## 実施主体様へ

- 受診者様都合による申し出の場合は、手数料、送料、代引き手数料等の実費を申し受けますので、ご本人様にご了承いただいた上でお申込みください。
- 依頼書の受理から発送まで1~2週間ほどかかります。余裕をもってお申込み下さい。
- 枠内の必要項目を全てご記入いただき、FAXまたは郵送にてお申込みください。

ふりがな 受診者名		生年月日	T・S H・R	年 月 日	
電話番号	— —	性別	男 · 女		
本人の同意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
①受診形態	<input type="checkbox"/> 巡回健（検）診 <input type="checkbox"/> 長野健康センター <input type="checkbox"/> 伊那健康センター				
②理由 (注1)	<input type="checkbox"/> 受診者様都合 <input type="checkbox"/> 実施主体様都合（結果の未着を含む） <input type="checkbox"/> 医療機関指示 <input type="checkbox"/> その他( )				
③検診日・受診番号（検査番号）	年	月	日	No.	
	年	月	日	No.	
	年	月	日	No.	
	年	月	日	No.	
	年	月	日	No.	
④健診の種類	<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 肺がん検診 <input type="checkbox"/> 結核検診 <input type="checkbox"/> 胃がん検診 <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 定期健康診断 <input type="checkbox"/> 特定健康診査 <input type="checkbox"/> 学校心臓検診 <input type="checkbox"/> その他( )				
⑤対象物 (注2)	画像(CD・DVDデータ)				手数料
	<input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 胃部X線 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ				550円 (税込)
	紙帳票・波形・写真				手数料
	<input type="checkbox"/> 結果通知書(1通) <input type="checkbox"/> 心電図波形 <input type="checkbox"/> 眼底写真 <input type="checkbox"/> 超音波写真				330円 (税込)
	<input type="checkbox"/> 精密検査依頼書				無料
	<input type="checkbox"/> 長野・伊那健康センターの結果通知書(1通)				550円 (税込)
⑥受取者 (注3~5)	<input type="checkbox"/> 受診者様本人 <input type="checkbox"/> 実施主体様 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 医療機関 代理人受取の場合はその連絡先				- -
⑦受取方法	<input type="checkbox"/> 健康センター窓口受取(□長野 □伊那) <input type="checkbox"/> 郵送				(郵送と代引手数料がかかります)
⑧送付先	住所 〒 宛名				電話 - -
⑨受領希望日 (希望がある場合)	年 月 日				

## 事務使用欄

受付		対応部署				請求処理		伊那窓口	経理
担当	管理者	作成	発送or完成連絡	管理者	金額(有料・無料)	計画担当・請求書作成者			
/	/	/	/	/	手数料 円	/	/	/	/
					送料 円				
					代引き 円				
					合計 円				

- 注 1 依頼理由が医療機関指示で、対象物を医療機関へ送付する場合は、⑧項送付先に  
医療機関情報（診療科名・宛名等）をご記入ください。
- 2 料金のお支払いは代金引換郵便、または窓口清算に限ります。
- 3 窓口受取りの際は、受診者本人であること（または法定代理人であること）を確認するため、  
公的書類（運転免許証など）を提示してください。
- 4 法定代理人により窓口で受取る場合は、本人を確認する書類のほか、受診者との関係を証明する  
ために必要な書類（戸籍抄本など）を提示してください。
- 5 法定代理人以外の代理人が窓口で受取る場合は、本人を確認する書類のほか、受診者の同意書  
(委任状)、受診者本人を確認するための公的書類（運転免許証の写しなど）を提示してください。

記入に関して不明な点がありましたらお問い合わせください。

〒381-2298 長野市稻里町田牧206-1 公益財団法人長野県健康づくり事業団

総務課 TEL (026) 286-6400 (平日 8時30分から17時15分)

<https://www.kenkou-nagano.or.jp>