

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）	
<input type="checkbox"/> その他（ ） 手数料はお問い合わせください						
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（ <input type="checkbox"/> 長野 <input type="checkbox"/> 伊那） <input type="checkbox"/> 郵送（郵送料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 長野市稲里町田牧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>