

## 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<br>受診者名                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 生年月日 | T・S<br>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）<br><input type="checkbox"/> 医療機関指示 <input type="checkbox"/> その他（ ）                                                                                                                                                                                                                   |      |            |     |          |   |
| ③検診日・受診<br>番号（検査番<br>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<br><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<br><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<br>(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（ ）<br><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<br>電話 - -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |            |     |          |   |
| ⑨受領希望日<br>(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>