

健康診断結果開示 請求書

下記の必要事項をご記入いただき、必要な本人確認書類等を添付のうえ、本請求書をご提出ください。
太線枠は、必要記載事項となりますので、記入漏れのないようご注意ください。

開示対象となる方を特定するための情報

フリガナ		生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和		
氏名	⑩				
住所	(〒)				
電話番号	日中、連絡がとれる電話番号をご記入ください				
開示が必要な健 診検査結果	<input type="checkbox"/> 健康診断結果報告書				
	<input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> 胃部X線 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ				
	<input type="checkbox"/> 腹部超音波 <input type="checkbox"/> 乳腺超音波 <input type="checkbox"/> 頸部超音波 <input type="checkbox"/> 眼底 <input type="checkbox"/> 心電図				
受診形態	<input type="checkbox"/> 住民健診 <input type="checkbox"/> 職域健診 <input type="checkbox"/> その他 ()				
理由	<input type="checkbox"/> 受診者様都合 <input type="checkbox"/> 医療機関指示 <input type="checkbox"/> その他 ()				
健診受診日等	実施主体名：会社名 ()				
	年 月 日 実施分				
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ()				

代理人の情報

(開示の対象となる方と、開示を申請する方が異なる場合のみにご記入ください)

フリガナ		生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和		
氏名	⑩				
住所	(〒)				
電話番号	日中、連絡がとれる電話番号をご記入ください				
開示対象者との 関係	<input type="checkbox"/> 任意代理人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 (親権者・成年後継人・法定代理人)				
	<input type="checkbox"/> 法定相続人				
関係を証明する 書類	任意代理人 <input type="checkbox"/> 委任状				
	法定代理人 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他 ()				
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ()				

院長	事務長	事務長補佐	係 (受付者)



独立行政法人地域医療機能推進機構
松浦中央病院 健康管理センター