

健康診断結果 再発行申請書

申請日 年 月 日

フリガナ				
氏名	男・女			
住所	〒			
連絡先電話番号 日中連絡できる番号				
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
利用目的	1. 生命保険等手続き 2. 市町村補助金申請 3. 受診 4. その他 ()			
内容	該当のものに○をお願いします			
	健康診断結果票	<input type="radio"/>	受診日 年 月 日	
	画 像	胸部X線	<input type="radio"/>	受診日 年 月 日
		胃部X線	<input type="radio"/>	受診日 年 月 日
		心電図	<input type="radio"/>	受診日 年 月 日
		眼底写真	<input type="radio"/>	受診日 年 月 日
腹部超音波		<input type="radio"/>	受診日 年 月 日	

【申請方法】

必要書類を同封のうえ、ご郵送ください

- 必要書類 ア. 申請書、返信用角 A 4 封筒（規定料金分の切手貼付）
イ. 身分証明書の写し（氏名・現住所・生年月日が確認できるもの）

- 送付先 〒260-0031
千葉市中央区新千葉3丁目2番6号
千葉県厚生農業協同組合連合会

※ なお、厚生連へ直接来所される場合も上記必要書類をご用意ください

《健診機関記入欄》

発行日	健診保健指導課 確認印	
年 月 日		