

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 上小建設労働組合 担当者名 溜田
 住所 〒 386-0016
 上田市国分741-7
 電話 0268-22-2362 FAX 0268-27-4315

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		生年月日	T・S H・R	年	月	日
受診者名						
電話番号	— —	性別		男	・	女

本人の同意 有 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)
	画 像 (波形・写真)	手数料
	<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)
	紙 帳 票 類	手数料
	<input type="checkbox"/> 結果通知書(1通) <input type="checkbox"/> 精密検査依頼書	330円 (税込)
<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() 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	
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			

画像開示・結果通知書再発行等依頼書 (記入例)

① 依頼日 2021年 4月 10日
 実施主体名 〇〇市 〇〇課 担当者名 健診花子
 住所 〒 〇〇市〇〇町〇〇〇〇-〇
 電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 F.A.X. △△△-△△△-△△△△

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、代引き手数料等の委費を申し受けさせていただきます。
 ○ 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ください。
 ○ 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。

受診者名 健康太郎	生年月日 T.S R 〇〇年〇〇月〇〇日	性別 (男) 女
本人の同意 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	性 別	
①受診形態 <input checked="" type="checkbox"/> 巡回(検)診 <input type="checkbox"/> 長野健康センター	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) 2020年 〇〇月 〇〇日	④理由の種類 <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"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ 550円 (税込) 画像 (透形・写真) 手数料 <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) 紙 票 類 手数料 <input checked="" type="checkbox"/> 結果通知書 (1通) <input type="checkbox"/> 精密検査依頼書 330円 (税込) <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3-1)
 受診者様本人 実施主体様 その他 ()
 代理人受取の場合はその連絡先
 ⑦受取方法 健康センター窓口受取 (〇長野 〇伊那) 郵送 (検査料と代引き手数料がかかります)
 住所 〒 〇〇市〇〇〇〇
 〇〇市〇〇〇〇
 宛名 健康太郎 電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
 年 月 日

⑧受領希望日 (※領がある場合)
 年 月 日

⑨送付先
 住所 〒 〇〇市〇〇〇〇
 〇〇市〇〇〇〇
 宛名 健康太郎 電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

事務使用欄

受付	対応部署	請求処理	伊那窓口	経理
担当 /	作成 / 管理 / 金額 (有料・無料) 円	日付 / 円	円	/
	手数料 円	送料 円	代引き 円	
	合計 円			

① 申請者を記入してください。(受診者様ご本人が申請することはありません)
 法定代理人による申請や受取が可能です。(この場合も、実施主体様からの申請をお願いします)
 申請の際に本人を承認する書類のほか、受診者様との関係を証明する書類(戸籍抄本などの写し)をご確認の上申請してください。

② 受診者様都合...紛失、生命保険利用等
 実施主体様都合...受診勧奨等の他、結果の差違の場合にもご返状ください。
 医療機関指示...医療機関指示で対象物を医療機関へ送付する場合は、③項送付先に医療機関情報をご記入ください。受診者様の同意の上で、医療機関宛に直送する場合には限り無料となります。
 ただし、すでに受診者様及び医療機関へ提供しているものを再発行する場合は有料となります。

③ 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。

④ <本人が窓口で受け取る場合>
 窓口受取の際は、受診者様ご本人であること(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)を提示する必要があります。
 <法定代理人により窓口で受取る場合>
 本人を承認する書類のほか、受診者との関係を証明するために必要な書類(戸籍抄本などの写し)を提示する必要があります。
 <法定代理人以外の代理人が窓口で受取る場合>
 本人を承認する書類のほか、受診者様の同意書(委任状)、受診者様を承認するための公的書類(運転免許証の写しなど)を提示する必要があります。

2021(令和3)年度 画像開示・結果通知書再発行等料金表

1 診断書(証明書)の発行

(単位:円)

項目	内容	料金	
		本体	税込 10%
診断書の発行(文書料)	事業団様式(1件)	2,000	2,200
	指定様式(1件)	3,000	3,300

2 画像開示・健診結果再発行等手数料

(単位:円)

項目	内容	料金		
		本体	税込 10%	
画像開示	画像データ(CD・DVD)	胸部X線画像	500	550
		胸部CT画像	500	550
		胃部X線画像	500	550
		マンモグラフィ画像	500	550
	心電図波形	心電図波形	300	330
	眼底写真	眼底写真	300	330
	超音波写真	超音波写真	300	330
紙帳票類	結果通知書	健診の結果通知(1通)	300	330
		長野・伊那健康センターの結果通知(1通)	500	550
		精密検査依頼書(1通)	300	330
送料等	郵送料		実費	
	代引き手数料		485	

※記載の無い項目については、お問い合わせください。

- (1) 受診者様からの申し出による再発行の場合は、受診者様に発行手数料、送料等をご負担いただきます。
- (2) お支払いは、事業団窓口で受取り時にお支払いください。また、受診者様宛の代引き郵便で発送の際は受領時にお支払ください。
- (3) 速達、簡易書留等をご希望の場合は、別途、申し受けます。