

健診等情報提供・開示申込書

一般財団法人 佐賀県産業医学協会
理事長 殿

令和 年 月 日

請求者 (頼んだ人)	事業所名	生 年 月 日
	所在地	年 月 日生
	氏 名	電 話 番 号
		会社 自宅

私(請求者)は下記の者(受領者)に、下記の情報の提供・開示がなされることに同意します。

受領者	事業所名	生 年 月 日
	所在地	年 月 日生
	電話番号	請求者との関係
	氏 名	本人・担当者・()

必要な物	貸出 ・ コピー ・ 再発行
	個人通知書 ・ 精密紹介状 ・ X線写真 ・ ()

※ X線直接撮影写真の貸出しを受けられた方は、目的終了後速やかに返却をお願いします。

健診日	今年度 ・ 1年前 ・ 2年前 希望するものに○を記入してください。
	年 月 日 / 年 月 日 / 年 月 日

使用目的 請求者がご本人以外の場合のみご記入ください。	<input type="checkbox"/> 病院等への提出の為 <input type="checkbox"/> 生命保険加入 <input type="checkbox"/> その他()
--------------------------------	--

身元確認欄	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券(パスポート) <input type="checkbox"/> 官公庁職員身分証明書 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他写真付きの身分証明書	備考
-------	---	----

料 金	「個人通知書」、「紹介状」、「心電図」、「面接指導申出書」	1 通	1,100円(税込)	通
	健康診断結果報告 (報告書・精密一覧・成績一覧・個人票)	1 式	3,300円(税込)	式
	ストレスチェック報告 (報告書・受診者一覧・集団分析(無料除く))	1 式	3,300円(税込)	式
	報告書	1 通	1,100円(税込)	通
	「精密検査対象者一覧」、「SC高ストレス一覧」	1 通	1,100円(税込)	通
	「成績一覧表」、「SC結果一覧」	1 式	1,100円(税込)	式
	個人票	1 式	1,100円(税込)	式
	X線フィルム作成	1 枚	3,300円(税込)	枚
	CD-R	1 枚	1,100円(税込)	枚
信書便郵送料 (事業所様宛での発行に限ります。)	1 回	1,100円(税込)	回	

申込書受付

2025. 4. 1