

## <健康診断結果表の送付を希望される事業主様へ>

当センターでは、受診者様の所属する健康保険組合又はその他機関との契約以外で、健康診断結果表の複数枚発行をご希望される場合は、別途「発行手数料(1件/200円)」をご請求させていただいております。

ご希望の場合は、下記をご記入の上、事前に郵送又は健診当日にお持ちください。

なお、同意確認書兼送付依頼書に署名が無い場合は、結果の送付は出来ませんので予めご了承下さいますようお願い申し上げます。

### 健康診断結果表 同意確認書兼送付依頼書

貴院における当社社員の健診結果を当社へお送り頂くことに下記のものは同意しております。

年 月 日

氏 名(自 署) \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

健康診断結果表を下記住所に送付願います。

\*太枠内のすべての項目にご記入ください。

記 入 日	年 月 日
送付先(会社名)宛名	印
送付先(会社名)住所	〒
送付先(会社)TEL/FAX	TEL: FAX:
ご 担 当 者 名	
送 付 方 法 (指定方法に□)	<input type="checkbox"/> ご本人の結果表を会社へ送付。(自宅へは届きません) <input type="checkbox"/> ご本人の結果表はご自宅へ送付。結果表の会社控えを会社へ送付。
備 考	

\*郵送の場合:下記住所へ郵送ください。

横須賀共済病院 健康管理センター

〒238-8558 神奈川県横須賀市米が浜通1-16

TEL (046)822-2982(直通) FAX (046)821-1388