

健康診断結果再交付申請書

次のとおり、東京織物健康保険組合健康管理センターで受診した健康診断結果の再交付を申請致します。

令和 年 月 日

①	被保険者証の 記号及び番号	記 号					番 号	
②	事業所名							
③	申請者の氏名等	(フリガナ)						
								
		昭和・平成 年 月 日生 (歳) 男・女						
④	申請者の住所	〒			-			電話 ()
		都 道 府 県						
		[アパート・マンション名]						
⑤	④の住所とは別の ところに送付 を希望する場合 は、その送付先	〒			-			電話 ()
		都 道 府 県						
		[ビル・マンション名・送付先が事業所の場合は事業所名]						
		※受取人は本人のみとなります。本人以外の場合は、 <u>委任状</u> が必 要となりますので、併せてご添付ください。						
⑥	再交付理由							
⑦	健診を受けた日	年 月 日						
⑧	上記⑦受診分以外の 過去歴の表示	あり なし (どちらか○で囲ってください)						

※ご記入・ご捺印の上、以下の住所までご送付ください。健康診断結果票は親展の普通郵便で送付いたします。1週間以上経過しても到着しない場合はお問合せください。

※健保記入欄

受 診 年 月 日	年 月 日分	再 交 付 年 月 日	年 月 日
-----------	--------	-------------	-------

【提出先】東京織物健康保険組合 健康管理課
〒103-8554 東京都中央区日本橋堀留町 1-9-6
Tel 03 (3661) 2257 : fax 03 (3666) 9621

受 付 印