定期健康診断結果報告書等発行申請書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 全国土木建築国民健康保険組合関西健康管理センター　行**TEL：06-6942-6411****FAX：06-6942-6249** |  | 事業所名 | 印 |  |
| (送付先)地 | 所 在 地 | 〒 |
|  | 電話番号 |  |
|  | 担当者名 |  |

　下記のとおり発行願います。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象事業所(場)名　　称関連会社・支店等の別に発行を希望する場合にご記入ください。 |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |
| 健診実施期間 | 　　　　　年　　　月　　　日～　　　　　年　　　月　　　日 |
|  | ※上記期間の結果判定処理が終了してからの発行となります。 |
| 所内・巡回別 | 全て　・　所内健診　・　巡回健診 |
|  |  |
| 必要な帳票※番号を○で　囲んでください | １．定期健康診断結果報告書 |
| ２．判定項目別統計（分類別ランク判定表） |
| ３．判定一覧（個人別分類別ランク判定表） |
|  |  |
| 送 付 方 法 | 郵送　・　電子メール |
| (メール送信先) |  |

※本書に記入・捺印のうえ、ＦＡＸ(または郵送)にてご依頼願います。