

# 健診結果報告書発行依頼書

独立行政法人 地域医療機能推進機構  
神戸中央病院附属健康管理センター  
所 長 様

平成 年 月 日

このたび、貴健診施設におきまして、当社の従業員が労働安全衛生法に基づき健康診断を受診いたします。従業員の健康管理に必要ですので別途、健診結果通知表の発行をお願いいたします。

なおこの件につきましては、従業員の同意を得ています。また、個人のプライバシーについては秘密を厳守するとともに、問題が生じた場合は当社が責任をもって対応します。

・ 定期健診	受診期間	平成	年	月	日～	年	月	日
・ 生活習慣病健診	受診期間	平成	年	月	日～	年	月	日
・ 日帰りドック	受診期間	平成	年	月	日～	年	月	日

事業所名 \_\_\_\_\_ ⑩

事業主 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

安全衛生管理者  
または担当者 \_\_\_\_\_ ⑩

健康保険証記号 \_\_\_\_\_

健康保険組合 関西文紙情報産業健康保険組合

発送先 \_\_\_\_\_