

# 資料提供依頼書

一般社団法人 東京都総合組合保健施設振興協会  
多摩健康管理センター殿

下記の健康診査にかかる資料について提供を依頼します。

依頼年月日 年 月 日  
〒

依頼者(受診者本人)

住所

氏名(自筆)

印

電話番号

生年月日

年

月

日

生

## 1) 提供部位

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 胸部  | <input type="checkbox"/> 胃部               |
| <input type="checkbox"/> 心電図 | <input type="checkbox"/> 乳房(マンモグラフィ)      |
| <input type="checkbox"/> 腹部  | <input type="checkbox"/> 乳房(超音波)          |
| <input type="checkbox"/> 眼底  | <input type="checkbox"/> 紹介状<br>(E・D判定のみ) |

## 2) 健康診断実施日

年	月	日	※フィルムNo (記入不要)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

※情報提供料 1部位につき1,100円(税込)をご負担いただきます。

\_\_\_\_\_ 部位 \_\_\_\_\_ 円

## 3) 依頼理由

年分依頼

## ●本人が確認できる必要書類のコピーを添付してください

1点で受付できるもの(写真付き公的書類のコピー)	2点で受付できるもの	
<input type="checkbox"/> 運転免許証(裏面に住所変更の記載あれば裏面も) <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード(写真入り) <input type="checkbox"/> マイナンバーカード(顔写真のある面のみ) <input type="checkbox"/> パスポート 等のコピー	①,② から 各1点	① <input type="checkbox"/> 健康保険資格確認書 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 住民票(3ヶ月以内発行のもの) 等のコピー ② <input type="checkbox"/> 本人の現住所が確認できるもの(3カ月以内のもの) 例：公共料金の請求書、自宅に届いた消印付き郵便物 等のコピー

※ 管理の都合上、ご連絡は原則として依頼者本人に限らせていただきます。

※ 発送物等が発生した場合、原則依頼者の住所宛に発送いたします。

※ 郵送をご希望の場合はお振込み後に発送(レタ-パックライトにて)させていただきます。

振込先	金融機関名：りそな銀行 立川支店 ※振込手数料についてはご本人様のご負担となります 口座番号：0073904 シャ)トウキョウトソウゴウクミアイホケンシセツシンコウキョウカイトマケンコウカンリセンター 口座名義：一般社団法人東京都総合組合保健施設振興協会多摩健康管理センター 〒190-0022 東京都立川市錦町3-7-10
送付先	一般社団法人東京都総合組合保健施設振興協会 多摩健康管理センター TEL：(施設)042-528-2011 (巡回)042-529-1811 FAX：042-529-1810

※多摩健康管理センター使用欄

受診者ID \_\_\_\_\_

CD枚数 \_\_\_\_\_ 枚

提供日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

【DR確認】

--