

健 診 結 果 提 供 書（み な し 健 診）

香 芝 市 長 様

私は、健診（検査）結果を香芝市に提出し、特定健診の結果として保健指導等に活用されることについて同意します。

年 月 日

受 診 者	被 保 険 者 記 号 ・ 番 号		
	住 所		
	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日 （ 満 歳 ）	
	電 話 番 号		
	受 診 医 療 機 関	名 称	
		所 在 地	

※添付書類

- 健診（検査）結果表の写し
 ☐
- 当該年度の特定健診受診券
 ☐
- 質問票
 ☐

受付番号	受付印