

同 意 書

私は、医療保険者名（依頼先）が保有する私の特定健診情報を、医療保険者名（依頼先）から医療保険者名（依頼元）へ提供することを同意します。

○特定健診結果の提供年度

- ・加入期間中の全特定健診情報
- ・平成 年度～平成 年度（※複数年度の場合）
- ・平成 年度（※単年度の場合）

平成 年 月 日

（※医療保険者名（依頼先）を記載）

- ○ 市 町 村 長
- 国民健康保険組合理事長
- 健康保険組合理事長
- 全国健康保険協会○○支部長
- ○ 共 済 組 合 理 事 長
- ○ 共 済 組 合 支 部 長

殿

住所 _____

氏名（ふりがな） _____ 印

生年月日 _____

電話番号 _____

旧住所（直近3カ月で変更した場合） _____

特定健診情報提供依頼文書様式（保険者間）

文 書 番 号
平成 年 月 日

（※医療保険者名（依頼先）を記載）

〇 〇 市 町 村 長
〇〇国民健康保険組合理事長
〇〇健康保険組合理事長
全国健康保険協会〇〇支部長
〇 〇 共 済 組 合 理 事 長
〇 〇 共 済 組 合 支 部 長

殿

医療保険者名（医療元）長 〇〇 〇〇 印

特定健診情報の提供について（依頼）

対象者から同意を得た特定健診情報について、下記のとおり提供依頼をします。
なお、提供を受けた特定健診情報については、厳格・適正に管理します。

記

1 対象者

氏名（ふりがな）	生年月日	性別	特定健診情報の提供年度
〇〇 〇〇 ()	昭和 年 月 日	男	加入期間中の全特定健診情報
〇〇 〇〇 ()	昭和 年 月 日	女	平成 年度～平成 年度 (※複数年度の場合)
〇〇 〇〇 ()	昭和 年 月 日	男	平成 年度 (※単年度の場合)

2 提供方法

貴医療保険者が保有されている特定健診情報（紙媒体又は電子媒体）を、同封の返信用封筒に封入のうえ、返送をお願いします。

連絡先（照会先）

担 当：

住 所：

電 話：

特定健診情報送付文書様式（保険者間）

文 書 番 号
平成 年 月 日

（※医療保険者名（依頼元）を記入）

○ ○ 市 町 村 長
○○国民健康保険組合理事長
○○健康保険組合理事長
全国健康保険協会○○支部長
○ ○ 共 済 組 合 理 事 長
○ ○ 共 済 組 合 支 部 長

） 殿

医療保険者（依頼先）長 ○○ ○○ 印

特定健診情報の提供について（送付）

平成 年 月 日付け（文書番号）において依頼がありました特定健診情報（紙媒体又は電子媒体）について、別添のとおり提供します。

連絡先（照会先）

住 所：

電 話：

担 当：