【 様式１ 】

同　意　書

　私は、○○○（提供元の保険者名）が保有する私の特定健診情報を、○○○（提供元

の保険者名）から○○○（提供先の保険者名）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

* 年度 ～ 　　　　年度（※複数年度の場合）
* 年度（※単年度の場合）

　　　　　　年　　月　　日

○○○保険者○○○長殿

（提供先又は提供元の保険者の長）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

住 所 ：

(ふりがな)

印

氏 名 ：

生年月日 ：

電話番号 ：

※旧住所 ：

※直近３カ月で変更した場合のみ記載