【 様式２ 】

文書番号

　　年　　月　　日

○○○保険者○○長殿

（提供元の保険者の長）

○○○保険者○○長 ○○○○　印

（提供先の保険者の長）

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、厳格かつ適正に管理します。

記

１　対象者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）氏　名 | 生年月日 | 性別 | 特定健診情報の提供年度 |
| (　　　　　　)○○　○○ | 　　 　年 　月 　日 |  | 加入期間中の全特定健診情報 |
| (　　　　　　)○○　○○ | 　　 　年 　月 　日 |  | 　　年度～　　　　年度 |
| (　　　　　　)○○　○○ | 　　 　年 　月 　日 |  | 　　年度 |
|  |  |  |  |

２　提供方法

貴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）

住　　所 ：

電話番号 ：

担　　当 ：