【 様式３ 】

文書番号

　　年　　月　　日

○○○保険者○○長殿

（提供先の保険者の長）

○○○保険者○○長 ○○○○　印

（提供元の保険者の長）

特定健診情報の提供について（送付）

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 ：

電話番号 ：

担　　当 ：