（様式第1号）

（加入者本人の同意書）

同意書

私は、旧保険者（依頼先）が保有する私の健診情報（健診結果、保健指導記録）を、現保険者（依頼元）に提供することについて同意します。

対象健診期間

　・存在する健診結果全て（過去５年分とする。）

**※健診期間を設定する場合はここに明記する。**

旧保険者　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 旧保険者名 | 旧会社名 | 該当する方に○ |
|  |  | 本人・家族 |
|  |  | 本人・家族 |
|  |  | 本人・家族 |
|  |  | 本人・家族 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成○年○月○日

住所

氏名（フリガナ）　　　　　　　　　　　　　　印

生年月日

電話番号

旧住所（直近３カ月で変更した場合）

旧保険者の時の所属会社名

**※国保間異動の場合、会社名は不要**