（様式第３号）

（健診結果提供依頼文書）

（文書番号）

平成○年○月○日

旧保険者

　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（現保険者名）　　長　公印

健診結果等の提供について（依頼）

下記のとおり、同意をいただいた対象者の健診結果の提供について依頼します。

なお、提供を受けた資料については、厳格・適正に管理致します。

１．対象者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名（ふりがな） | 生年月日 | 性別 | 対象期間 |
| ○○　○○（　　　　　　　） | 昭和○年○月○日 | 男 | 存在する健診結果全て |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

２．提供方法

　貴機関で出力される健診結果をご返送ください。

　　　　**※紙媒体の場合は返信用封筒等が必要**

３．その他

―連絡先―

住所：

TEL：

担当者：

　同意書の写しを添付しております。