**（別紙４）**

**わたしたち医療保険者は、**

あなたの健康をサポートします！

健康診断結果の提供にご協力ください！

加入者が、転職・退職・転居等により医療保険者（健康保険組合・共済組合・協会けんぽ・国保・後期高齢者広域連合等）を替わった際、それまでの健康診断結果を次の医療保険者へ提供することで、あなたの健康管理を継続的に実施します。

**※これによって健診結果のやりとりがスタートします！**

**☆ご自宅等に健康診断の結果を保管されている場合**

新しく加入する医療保険者（新しい職場等）で新規加入手続きをされる際に、健康診断の結果のコピーを窓口担当者までご提出ください。（郵送可）

**☆健康診断の結果がお手元にない場合**

新しく加入される医療保険者より、同意書をお渡しいたします。（新規加入手続時等）その場で同意書にご記入いただくか、後日返信用封筒にてご提出ください。

☆手続きの流れ☆

**新しい医療保険者にて加入保険の手続きする際**

**健診結果が手元にない**

**健診結果を持っている**

窓**口担当者へ提出**

**同意書に記入・捺印**

　　　　　　　　　　　※郵送も可能です　　　　　　　　　　　　　　※返信用封筒でご返送ください

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【記入例あり（裏面）】

**手続き完了**

皆さまのご協力をよろしくお願いします。

旭化成健康保険組合・宮崎銀行健康保険組合・シーガイアフェニックス健康保険組合・センコー健康保険組合・全国健康保険協会宮崎支部

地方職員共済組合宮崎県支部・公立学校共済組合宮崎支部・宮崎県市町村職員共済組合・警察共済組合宮崎県支部・宮崎県市町村国民健康保険宮崎県医師国民健康保険組合・宮崎県歯科医師国民健康保険組合・宮崎県後期高齢者医療広域連合・宮崎県・宮崎県国民健康保険団体連合会

宮崎県保険者協議会

（様式第１号）

**記入例**

（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。**

**加入していた保険者名、所属していた会社名をご記入ください。ご不明な場合は、**

**わかる範囲でご記入ください。**

旧保険者　様

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 旧保険者名 | 旧会社名 | 該当する方に○ |
| 1 |  |  | 本人・家族 |
| 2 |  |  | 本人・家族 |
| 3 |  |  | 本人・家族 |
| 4 |  |  | 本人・家族 |

**記入・捺印をお願いします。**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成○年○月○日

住所

氏名（フリガナ）　　　　　　　　　　　　　　印

生年月日　昭和・平成

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**