

(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

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

(様式第2号)

(加入者本人へ同意書添付する際のかがみ文)

(文書番号)

平成〇年〇月〇日

(異動対象者氏名) 様

(現保険者)

(代表者氏名)

健診結果に関する記録の写しの移動に係る同意について (依頼)

時下 ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

さて、宮崎県保険者協議会では、転職・退職・転居等により、加入医療保険者（健康保険組合・共済組合・協会けんぽ・国保・後期高齢者医療広域連合等）が替わる際、それまでの健診情報（健診結果・保健指導記録）を次の医療保険者へ提供することで加入者様の継続的な健康管理を実施したいと考えております。

つきましては、健診結果等のデータ移動についてご承諾いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

なお、ご承諾いただける場合は、同封の同意書に必要事項を記入し、 月 日 ( ) までに下記窓口までご持参頂くか、返信用封筒にてご送付ください。

◆返信用封筒に同封していただく書類

同意書

健診結果のコピー（複数年分） **※お手元にお持ちの場合のみ**

—連絡先—

住所：

TEL：

担当者：

(様式第3号)  
(健診結果提供依頼文書)

(文書番号)  
平成〇年〇月〇日

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
〇〇 〇〇 ( )	昭和〇年〇月〇日	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

同意書の写しを添付しております。

—連絡先—
住所：
TEL：
担当者：

(様式第4号)  
(健診結果送付文書)

(文書番号)  
平成〇年〇月〇日

現保険者様  
( )

(旧保険者) 長 公印

健診結果の提供について (送付)

平成〇年〇月〇日付け (文書番号) において依頼がありました標記について、別添のとおり送付します。

—連絡先—

住所：  
TEL：  
担当者：