

(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。

**手続きは簡単です！**

※これによって健診結果のやりとりがスタートします！

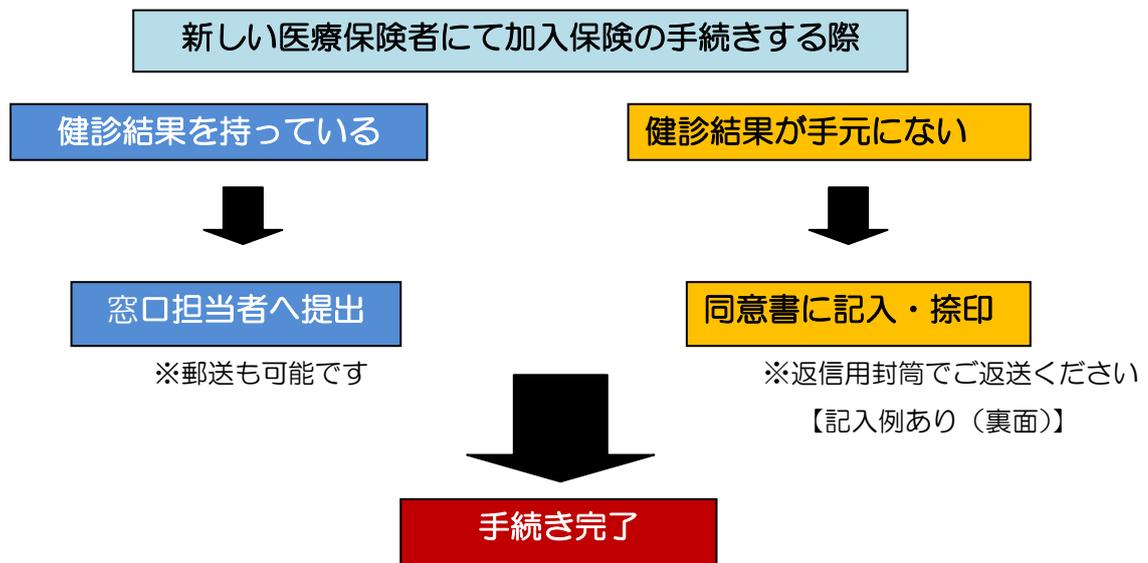
**☆ご自宅等に健康診断の結果を保管されている場合**

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がない場合**

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☆**



皆さまのご協力をよろしくお願いいたします。

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)  
(加入者本人の同意書)

# 記入例

## 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