

(様式1) 加入者からの同意書

同 意 書

私は、〇〇〇（旧保険者名）が保有する私の特定健診等データを、下記のとおり〇〇〇（旧保険者名）から〇〇〇（現保険者名）へ提供することを同意します。

記

<利用の目的>

(記載例)

- ・加入者の継続的な健康状態等を把握する。
- ・加入者の特定保健指導実施状況を把握し、今後の保健指導に活用する。
- ・効果的な保健事業を実施するための統計情報の作成・分析を行う。

※記載上の注意:「・・・等」という表記は不可。利用目的は明確にしてください。

<提供する特定健診等データの内容>

- ・特定健康診査の記録（法律で定める特定健診、問診項目及びそれ以外に独自で行っているものなどが含まれる場合はそれも含む）の写し（平成 年度～平成 年度分）
- ・特定保健指導の実施の有無（平成 年度～平成 年度分）
- ・特定保健指導の実施内容（平成 年度～平成 年度分）※必要な場合のみ記載

平成 年 月 日

〇〇〇保険者〇〇〇長殿（現保険者の長）

住所(必須)

(ふりがな)

氏名(必須)



生年月日(必須)

※住所（直近3ヶ月で変更した場合）

※電話番号

※旧保険者名及び被保険者証記号番号

※旧勤務先名及び住所（退職による場合）

※については任意で記入。

(様式2) 特定健診等データの提供依頼の文書

(文 書 番 号)  
平成 年 月 日

〇〇〇保険者〇〇長殿  
(旧保険者の長)

〇〇〇保険者〇〇長 〇〇〇〇 印  
(現保険者の長)

特定健診等データの提供について (依頼)

貴保険者より異動のあった加入者に係る特定健診等データの提供について、当該加入者の同意書を添えて依頼します。

については、同封している返信用封筒で返送いただきますようお願いいたします。

なお、提供を受けた特定健診等データについては、厳格かつ適正に管理します。

記

1 対象者及び提供を依頼する情報 ※「別紙のとおり」とし別葉にすることも可

(ふりがな) 氏名	生年月日	性別	特定健診等情報 の提供年度	提供を依頼する情報		
				特定 健診	保健指導	
					実施の有無	実施内容
( ) 〇〇 〇〇	昭和 年 月 日	男	平成 年度～ 平成 年度			
( ) 〇〇 〇〇	昭和 年 月 日	女	平成 年度～ 平成 年度			

※提供を依頼する情報欄に○を記入

2 返送希望日 ※3週間より早い提供を特に希望する場合のみ記載

【連絡先】

担当：

住所：

電話：


メール：

(様式3) 特定健診等データの提供の文書

(文 書 番 号)

平成 年 月 日

〇〇〇保険者〇〇長殿  
(現保険者の長)

〇〇〇保険者〇〇長 〇〇〇〇   
(旧保険者の長)

特定健診等データの提供について (送付)

平成 年 月 日付第 号で依頼のあった特定健診等データについて、下記のとおり提供します。

記

送付内容 ※該当のものを記載

- (1) CD-R 枚
- (2) 特定健診の記録の写し (紙) 枚
- (3) 特定保健指導の実施の有無 (紙) 枚
- (4) 特定保健指導の実施内容の写し (紙) 枚

**【連絡先】**

担当 :

住所 :

電話 :

メール :

(様式4) 特定健診等データ受領書

平成 年 月 日

旧保険者 御中

特定健診等データ受領書

平成 年 月 日付第 号にて送付のあった特定健診等データについて、以下のとおり受領しました。

記

受領内容 ※該当のものを記載

- (1) CD-R 枚
- (2) 特定健診の記録の写し(紙) 枚
- (3) 特定保健指導の実施の有無(紙) 枚
- (4) 特定保健指導の実施内容の写し(紙) 枚

現保険者名 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_ 印