（様式第２号）特定健診等データの提供依頼の文書例

文　書　番　号

令和 年 月 日

○○○保険者○○長殿

（旧保険者の長）

○○○保険者○○長 ○○○○ 印

（現保険者の長）

特定健診等情報の提供について（依頼）

別添のとおり対象者から同意を得た特定健診等情報について、下記のとおり、提供依頼をします。

なお、提供を受けた特定健診等情報については、厳格かつ適正に管理します。

記

１ 対象者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）氏名 | 生年月日 | 性別 | 特定健診等情報の提供年度 |
| （ 　　　　　　）○ ○ ○ ○ | 昭和 　年　 月　 日 | 男 | 加入期間中の全特定健診情報 |
| （ 　　　　　　）○ ○ ○ ○ | 昭和 　年 　月　 日 | 女 | 平成　　年度～平成　　年度（※複数年度の場合） |
| （ 　　　　　　）○ ○ ○ ○ | 昭和 　年 　月　 日 | 男 | 平成　　年度（※単年度の場合） |

２ 提供方法

貴保険者が保有されている特定健診等情報（紙媒体又は電子媒体）を、同封の返信用封筒に封入のうえ、返送をお願いします。

連絡先（照会先）

担当：

住所：

電話：