（加入者本人への同意依頼文書例）

文　書　番　号

令和 年 月 日

（異動対象者氏名）様

○○○保険者 ○○○○ 印

（現保険者の長）

　　　健診結果等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、県内全ての医療保険者では、加入者の転職・退職・転居等により、加入医療保険（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）が変わる場合、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皆様の継続的な健康管理を行うこととしております。

　つきましては、貴方様の健診結果等のデータ移動について御理解いただき、御協力くださいますようお願い申し上げます。

　なお、御承諾いただける場合は、同封の同意書に必要事項を記入押印し、

　　月　　日（　　）までに下記窓口まで持参いただくか、返信用封筒にて送付願います。また、同意いただいた際は、医療保険者から提供される個人情報について、当方が厳重に管理し、漏えい・不正流用・改ざん等の防止に適切な対策を講じてまいります。

記

○返信用封筒に同封していただく書類

　　□同意書

　　□健診結果・保健指導記録のコピー（複数年分）**※お手元にお持ちの場合のみ**

連絡先（照会先）

担当：

住所：

電話：