

「事業者健診」の結果データの提供に関する同意書

当事業所の「事業者健診」の結果データの提供に同意します。

また、健診機関において結果データを作成するために、全国健康保険協会長崎支部が健診機関に対し、必要なデータ（対象者の健康保険証記号番号、氏名、生年月日、性別）を提供することに同意します。

全国健康保険協会長崎支部長 行

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

⑩

ご担当者様氏名

電話番号

—

—

FAX番号

—

—

健康保険記号				
事業者健診を実施した(実施予定の)健診機関名及び実施時期(平成25年4月以降実施分)	健診機関名	実施時期		
		平成	年	月～月
		平成	年	月～月
		平成	年	月～月
		平成	年	月～月
		平成	年	月～月
特定保健指導について	<input type="checkbox"/> 従業員に受けさせたい <input type="checkbox"/> 詳しく説明を聞きたい <input type="checkbox"/> 検討したい <input type="checkbox"/> 不要			
翌年度以降、特段のお申し出がない限り、引き続き健診機関を通じてデータ提供を行うことについて	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない			

ご協力ありがとうございます。

大変お手数ですが、下記あて送付していただきますようお願いいたします。

ご不明な点がございましたらご照会いただきますようお願いいたします。

お問い合わせ・同意書送付先

全国健康保険協会長崎支部 保健グループ

〒850-8537 長崎市大黒町9-22 大久保大黒町ビル本館8階

電話 095-829-5002