

同意書

私は、_____が保有する私の特定健診情報（または長寿健診情報）を、_____から沖縄県後期高齢者医療広域連合へ提供することを同意します。

特定健診結果（または長寿健診結果）の提供年度

- ・ 加入期間中の全特定健診情報
- ・ _____年度～ _____年度
- ・ _____年度

沖縄県後期高齢者医療広域連合長 殿

住所 _____

(ふりがな)

氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号 _____

旧住所 _____

(直近3ヶ月で変更した場合)