

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)