

平成 年 月 日

(公財) 岩手県対がん協会  
いわて健康管理センター 宛

所在地

事業所名

事業主名

⑩

電話番号

(注意) 事業主印は必ず押印願います。

特定健診結果に係る受診者のデータ及び問診票の提供について (依頼)

平成 年度に実施した受診者の特定健診結果について、下記のとおり提供を依頼します。

なお、提供を受けることについては、受診者から事前に同意を得ているとともに、従業員の健康管理以外の目的には使用しないことを申し添えます。

記

- 1 結果データ (厚労省指定フォーマット: XMLファイル) \_\_\_\_\_ 名分
- 2 特定健診問診票 \_\_\_\_\_ 名分

健康保険組合名 \_\_\_\_\_ 健康保健組合

保険者番号 \_\_\_\_\_