

令和 年 月 日

苫小牧市長 様

健診結果提供同意書

下記のとおり、私の健診結果を提供することについて、同意します。

記

住 所 (〒 —)
苫小牧市

ふりがな
氏 名

生 年 月 日 昭和_____年_____月_____日

電 話 番 号 _____—____—_____

健診実施日 令和_____年_____月_____日

健診実施機関 保健センター ・ 保健センター以外
(〇で囲んでください)

—— (以下、係処理欄につき記入不要) —————

宛 名 番 号 _____ 被保険者番号 _____—_____

受診券番号 _____ 健診実施年度 令和 _____ 年度