

## 同意書

私は、\_\_\_\_\_（提供元の保険者名）が保有する私の特定健診情報を、  
\_\_\_\_\_（提供元の保険者名）からトヨタウエイズグループ健康保険組  
合へ提供することを同意します。

特定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（※複数年度の場合）
- ・ 年度（※単年度の場合）

年 月 日

トヨタウエイズグループ健康保険組合

理事長 宮原 郁生 殿

住所 \_\_\_\_\_  
氏名（ふりがな） \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
旧住所（直近3カ月で変更した場合） \_\_\_\_\_