

様式 1

岩沼市国民健康保険みなし健診結果提供書

岩沼市長 殿

申請日 令和 年 月 日
住 所
申請者 氏 名
電話番号

本事業の主旨を理解し、関係書類を添えて健診結果を提供いたします。
また、提供した情報を保健事業等に活用することについて同意します。

対象者	被保険者 記号・番号		み岩		
	(フリガナ)				
	氏 名				
	生年月日	年 月 日生 (満 歳)	性別	男・女	

医療機関名	
受診年月日	令和 年 月 日