

# 同意書

私は、人間ドックで得られた結果を自らの健康管理を行うために、燕市及び新潟県後期高齢者医療広域連合へ提供することに同意します。

なお、結果については、私の今後の保健指導及び健康相談を実施するとき並びに特定の個人が識別されることがない方法で統計・調査研究を実施する場合に限り使用することに同意します。

令和 年 月 日

(助成対象者)

被保険者 住 所 燕市

被保険者 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)