

オンライン資格確認等システムによる  
保険者からの特定健康診査情報の提供に関する不同意申請書

私は、(保険者名) \_\_\_\_\_ がオンライン資格確認等システムにより、  
当該(組合・協会・市区町村・事業団)に加入する前に加入していた保険者に対  
し、特定健診情報の取得の作業を行うことに同意しません。

記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

〇〇〇〇保険者〇〇長殿(特定健診情報の提供を受ける保険者の長)

加入者様名欄

|                                            |  |
|--------------------------------------------|--|
| フリガナ                                       |  |
| 氏 名                                        |  |
| (代理人記入の場合、代理人氏名)                           |  |
| 被保険者等(又は加入者<br>当もしくは組合員等若し<br>くは被保険者)記号・番号 |  |