

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 当もしくは組合員等若し くは被保険者)記号・番号	