

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、五城目町が、オンライン資格確認等システムにより、五城目町国民健康保険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

五城目町長 宛て

被保険者様記名欄

フリガナ	
氏 名	
(代理人記入の場合、代理人氏名)	
	(続柄： _____ )
住 所	
電話番号	
被保険者証番号	