

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、大河原町がオンライン資格確認等システムにより、当町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を行うことに同意しません。

記入日： 年 月 日

大河原町長 様

加入者様記名欄（※太枠内を記入）

フリガナ	
氏名	
(代理記入の場合、代理人氏名)	
(連絡先) (続柄)	
住所	
生年月日	
連絡先 (日中連絡のとれる電話番号)	
大河原町国民健康保険被 保険者記号・番号	み大 A

※職員記入欄

年 月 日		受付	收受
上記申請について、処理してよろしいか伺います。			
課長	課長補佐	係長	係