

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、三原市国民健康保険が、オンライン資格確認等システムにより、三原市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、特定健康診査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

三 原 市 長 様

被保険者記入欄

被保険者 番号・枝番	番号： _____ 枝番： _____
フリガナ	
氏名	
住所	〒 _____ ー _____
生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
(代理人記入の場合、代理人の名前)	
(続柄 _____ )	
連絡先電話番号 ( 代理人記入の場合、 代理人連絡先 )	