

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、阿久比町国民健康保険が、オンライン資格確認等システムにより、阿久比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

阿久比町国民健康保険
阿久比町長 殿

加入者様記名欄

| | |
|---|---------------------------|
| フリガナ | |
| 氏名 | |
| (代理人記入の場合、代理人氏名) | |
| (続柄) | |
| 被保険者等(又は加入者等 若しくは組合員等若しくは被保険者) 記号・番号 | 保険者番号：230789 番号： _____ |