オンライン資格確認システムによる

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、南伊豆町国民健康保険が、オンライン資格確認等システムにより以前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。

記載日： 　年 　月　 日

南伊豆町長 様

【被保険者記入欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 町　確　認　欄 | |
| 資格取得日 | 年　月　日 |
| 保険証  （記号/番号/枝番） |  |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  |
| 生年月日 |  |