

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、広島県後期高齢者医療広域連合が、オンライン資格確認等システムにより、当該広域連合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

広島県後期高齢者医療広域連合長 殿

被保険者様記入欄

被保険者本人	フリガナ	
	氏名	
	住所	〒 —
	生年月日	年 月 日
	被保険者番号	
(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)		