

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、美郷町が、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の作業を行うことに同意しません。

記入日： 年 月 日

美郷町長 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 記号・番号	記号 () 番号 ()