

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、千葉県医業健康保険組合が、オンライン資格確認等システムにより、当該組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：令和 年 月 日

千葉県医業健康保険組合 理事長 殿

被 保 険 者 証 記 号 一 番 号	—		
フリガナ		加入者区分 <small>いずれかに☑を入れてください</small>	
不同意者氏名		<input type="checkbox"/>	被保険者
		<input type="checkbox"/>	被扶養者
連絡先 (電話番号)			
(代理人記入の場合、代理人氏名)			
(不同意者との続柄)			

※不同意者ごとにこの申請書の提出が必要となります。