

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、福岡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：令和×年□月○日

福岡県後期高齢者医療広域連合長 殿

被保険者様記名欄

被 保 険 者 本 人	フリガナ	コウイキ タロウ
	氏名	広域 太郎
	住所	〒 ××× - 〇〇〇〇 福岡県〇〇市××町□丁目〇番△号
	生年月日	昭和 ◎◎ 年 △ 月 □ 日
	被保険者番号	××××××××
(代理人記入の場合、代理人氏名)		広域 次郎 (続柄 次男)
連絡先 (代理人記入の場合、代理人連絡先)	(×××) - 〇〇〇 - △△△△	