

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、北海道市町村職員共済組合が、オンライン資格確認等システムにより、当該共済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： 年 月 日

北海道市町村職員共済組合 理事長 様

		(フリガナ)	(	)
		氏 名	_____	
健 診 情 報 の 該 当 者 (本 人)		住 所	_____	
		組 合 員 証※ 記 号 ・ 番 号	_____	
		※被扶養者の場合は 被扶養者証	_____	

(申請者が代理人の場合)				
		(フリガナ)	(	)
		氏 名	_____	
代 理 人		住 所	_____	
		続 柄	_____	

※記入日、氏名、住所、組合員証記号・番号を記入してください。