

オンライン資格確認等システムによる  
保険者から特定健康診査情報の提供に関する不同意申請書

私は、阿波市国民健康保険が、オンライン資格確認等システムにより、該当市町村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

阿波市長 殿

加入者様記入欄

フリガナ	
氏名	
(代理人記入の場合、代理人氏名)	
(続柄 )	
被保険者記号・番号	