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、埼玉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、特定健診等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

埼玉県後期高齢者医療広域連合
広域連合長　様

申請者記入欄

フリガナ	
氏　　名	
（代理人記入の場合、代理人氏名） （続柄　　）	
被保険者番号	

受付印