

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等の情報提供に関する不同意申請書

私は、北海道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、特定健診等の情報取得作業を行うことに同意しません。

記入日： 年 月 日

(あて先)北海道後期高齢者医療広域連合長

加入者様記名欄

フリガナ	
氏名	
(代理人記入の場合) 代理人氏名	(続柄：)
住所	〒
生年月日	大正 昭和 年 月 日生
被保険者番号 (0から始まる8桁の番号)	
連絡先 (代理人記入の場合は、 代理人の連絡先)	