

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、保険者（調布市）が、オンライン資格確認等システムにより、調布市国民健康保険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

調布市長 殿

加入者様記名欄

調布市国民健康保険証 記号・番号・枝番		3 1 -	-	枝番 ( )
住所				
氏名		生年月日		
		年 月 日		
連絡先（代理人記入の場合、代理人連絡先）				
(代理人記入の場合、代理人氏名)				
(続柄 )				