

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、沼田市が、オンライン資格確認等システムにより、沼田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

沼 田 市 長 様

申請者記入欄

被 保 険 者 証 記 号 番 号	沼 枝番 ()
住 所	(電話番号)
フリガナ	
氏 名	
生 年 月 日	年 月 日生
(代理人記入の場合、 代理人氏名)	(続柄) (電話番号)

※留意事項

今後、沼田市国民健康保険から別の保険者へ異動した場合は、異動先の保険者に対して再度申請が必要です。