**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、福井県市町村職員共済組合が、オンライン資格確認等システムにより、当該組合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

福井県市町村職員共済組合

理事長 西行　茂　様

加入者記名欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | |
| 加入者氏名 |  | |
| （代理人記入の場合、代理人氏名）  （続柄　　　　　　　　） | | |
| 被保険者等（又は加入者等若しくは組合員等若しくは被保険者）記号・番号 | |  |