

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 東村 新一 様

加入者記名欄

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	