

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

(申請日) 年 月 日

(宛先) 富士見市長

私は、富士見市が、オンライン資格確認等システムにより、富士見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、特定健康診査情報の取得の作業を行うことに同意しません。

フリガナ	
氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
現 住 所	富士見市
(代理人記入の場合、代理人氏名)	
(続柄 )	
被保険者証記号・番号	記号： 番号：