

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、長浜市が、オンライン資格確認等システムにより、長浜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

長浜市国民健康保険  
長浜市長 宛て  
(特定健診情報の提供を受ける保険者の長)

加入者様記名欄

フリガナ	
氏 名	
生年月日	年 月 日
(代理人記入の場合は代理人氏名)	
(続柄 )	
被保険者等 (又は加入者若しくは組合 員若しくは被保険者) 記号・番号	保険者番号 250035 記号 滋長 番号