

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、埼玉縣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:〇〇年〇〇月〇〇日

埼玉縣市町村職員共済組合理事長 様

【組合員及び被扶養者記入欄】

組合員証 記号番号	埼 〇〇〇 — 〇〇〇〇
フリガナ	キョウサイ タロウ
氏 名	共 済 太 郎
フリガナ	キョウサイ ハナコ
氏 名	共 済 花 子 (続柄 妻)
フリガナ	
氏 名	(続柄)
(代理人記入の場合、代理人氏名) キョウサイ タロウ 共 済 太 郎 (続柄 夫)	

※ 代理人が記入した場合は、該当組合員及び被扶養者との関係が確認できる書類を添付していただく場合があります。