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、由布市がオンライン資格確認等システムにより、由布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作業を行うことに同意しません。

申請日：令和　　年　　月　　日

由　布　市　長　　殿

申請欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | 生年月日 |
| 氏名 |  | | 年　　　　月　　　日 |
| （代理人記入の場合、代理人氏名）  （続柄　　　　　　） | | | |
| 被保険者番号  （保険証の番号） | |  | |

留意事項

　今後、由布市国保から別の健康保険へ変更した場合は、再度新しい保険者で提出していただく必要があります。

【提出・問い合わせ先】

　　〒879-5498　由布市庄内町柿原302番地　由布市役所　保険課