

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、大阪薬業健康保険組合が、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

大阪薬業健康保険組合 理事長 様

被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	記号		番号	
フリガナ				
氏 名				
生 年 月 日		年	月	日
住 所	〒 _____			
電 話 番 号	(_____)			