

常務理事	担当上司	担 当

**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、三谷健康保険組合が、オンライン資格確認等システムにより、三谷健康保険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

三谷健康保険組合理事長 殿

被保険者証 の記号番号	記 号		事業所(会社) の名称					
	番 号							
被保険者	氏 名			日中連絡先電話番号				
	生年月日	昭・平	年	月	日	勤 務 先	-	-
						携 帯	-	-
住 所	〒 _____					自 宅	-	-
不同意 対象者氏名	氏 名			被保険者との続柄				
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性 別	男・女	
(代理人が記入している場合、代理人の氏名)						不同意対象者 との続柄		

※不同意者1名に対し、1枚ご提出が必要です。複数名分をまとめて申請はできません。

【申請書送付先・問い合わせ先】

〒910-8510
福井県福井市豊島1-3-1 三谷ビル5階
三谷健康保険組合
TEL 0776-20-3155