

**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、三重県後期高齢者医療広域連合が、オンライン資格確認等システムにより、三重県後期高齢者医療広域連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：令和 年 月 日

三重県後期高齢者医療広域連合長殿  
(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	
(代理人の場合、代理人氏名)	
(続柄 )	
被保険者等 (又は加入者等若しくは組合員等若しくは被保険者) 記号・番号	