

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、丸井健康保険組合が、オンライン資格確認等システムにより、丸井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

丸井健康保険組合  
理事長 殿

被保険者氏名記入欄

従業員番号	フリガナ
	被保険者氏名

不同意対象者氏名記入欄

フリガナ	
不同意対象者氏名 (被保険者との続柄 )	
保険証記号	保険証番号

(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1枚にまとめて申請はできません。

※保険証の発行日から1か月以内にご提出ください。