

佐賀県後期高齢者医療広域連合長 様

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、佐賀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、当該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（後期高齢者健康診査を含む）の取得の作業を行うことに同意しません。

記入者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人	
被保険者本人	フリガナ	コウイキ タロウ
	氏名	広域 太郎
	住所	〒 ×××-○○○○ 佐賀県○○市××町□丁目△番○号
	生年月日	昭和 ○○ 年 × 月 △ 日
	被保険者番号	○○○○○○○○○
(代理人記入の場合) 私は、次の者を代理人と定め、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に係る申請に関する権限を委任します。		
代理人	住所	佐賀県○○市××町□丁目△番○号
	氏名	広域 次郎 続柄 ( 長男 )
連絡先 (代理人記入の場合、代理人連絡先)		( ○○○○ ) ×× - △△△△

市町・広域連合処理欄	市町名		受付者名	
	本人確認方法	<input type="checkbox"/> 個人番号カード・後期被保証・写真入り身分証明書 <input type="checkbox"/> 申請勧奨通知・介護保険被保証等複数の公的書類 <input type="checkbox"/> 入所施設等職員 (写真入り職員証等) <input type="checkbox"/> 成年後見人等を示す公正証書等 <input type="checkbox"/> 住所・氏名・生年月日等の申告内容を住基等で確認 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	特定健診等データ管理システムへの入力		<input type="checkbox"/> 入力日: 年 月 日	
	市町受付印		広域連合受付印	