

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、金沢市が、オンライン資格確認等システムにより、金沢市国民健康保険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

(宛先) 金沢市長

署名又は記名・押印欄

フリガナ	
氏名	
(代理人記入の場合、代理人氏名)	
(続柄)	
被保険者記号番号	

【留意事項について】

今後金沢市国民健康保険から別の保険者へ異動した場合、異動後の保険者において、当該保険者が、加入者が過去に加入していた保険者の保有する特定健診情報を閲覧できないようにするために、システム上の設定が再度必要となることから、異動先の保険者に対して不同意に係る本申請書を再度提出する必要があります。

【提出先】

〒920-8577 金沢市広坂1丁目1番1号 金沢市役所 医療保険課 庶務係