

オンライン資格確認等システムによる  
前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

前保険者が収集した健診情報を白岡市が取得することについて、

- 同意しません  
 同意します(以前白岡市に同意しない旨を申請した方のみ)

申請日: 令和    年    月    日

記 号		番 号	
フリガナ			
お 名 前			
生年月日	大正・昭和・平成・令和		
電話番号			
住 所			

※ 白岡市国民健康保険から、他の健康保険に加入した場合、この申請情報は引き継がれません。そのため、健康保険変更後も健診結果取得に同意しない方は、新しく加入した健康保険に再度申請をお願いします。