

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等の提供に関する不同意申請書

私は、沖縄県後期高齢者医療広域連合が、オンライン確認等システムにより、当該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（または長寿健診情報）の取得の作業を行うことに同意しません。

記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

沖縄県後期高齢者医療広域連合長 殿

申請者記入欄

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