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引継ぎ拒否に係る申請書

私は、栃木県医師国民健康保険組合が、オンライン資格確認等システムにより、栃木県医師国民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作業を行うことに同意しません。

記入日：　　年　　月　　日

栃木県医師国民健康保険組合理事長　様

加入者様記名欄

フリガナ	
氏　　名	
住　　所	
生年月日	
代理人記入の場合、代理人氏名 （続柄　　）	
被保険者証記号番号	記号　　番号　　(枝番)