

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、北海道都市職員共済組合が、オンライン資格確認等システムにより、北海道都市職員共済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の作業を行うことに同意しません。

記入日： 年 月 日

北海道都市職員共済組合
理事長 様

被保険者氏名記入欄

組合員 証番号		フリガナ	
		被保険者氏名	

不同意対象者氏名記入欄

フリガナ	
不同意対象者氏名	(被保険者との続柄)
組合員証記号	組合員証番号
(代理人が記入している場合、代理人の氏名)	
(不同意対象者との続柄)	

※不同意者 1 名に対し、1 枚ご提出が必要です。複数名分を 1 枚にまとめて申請はできません。

《問い合わせ及び提出先》

北海道都市職員共済組合 福祉課厚生係
〒064-8645
札幌市中央区南 9 条西 1 丁目
TEL 011-512-1626