記入日：〇年□□月△△日

長崎県後期高齢者医療広域連合長　様

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、長崎県後期高齢者医療広域連合がオンライン資格確認等システムにより、当広域連合に加入する前に加入していた保険者に対し、特定健康診査情報の取得の作業を行うことに同意しません。

<table>
<tr><td colspan="2">記入者</td><td colspan="3">□　本人　　□　代理人</td></tr>
<tr><td rowspan="5">被保険者本人</td><td>フリガナ</td><td colspan="3">チョウジュ　タロウ</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="3">長寿　太郎</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="3">〒〇〇〇－××××
長崎県〇〇市〇〇町〇〇番地××</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3">昭和〇〇年×月△日</td></tr>
<tr><td>被保険者番号</td><td colspan="3">〇〇〇〇〇〇〇〇</td></tr>
<tr><td colspan="5">（代理人記入の場合）
私は、次の者を代理人と定め、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係る不同意申請の権限を委任します。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">代理人</td><td>住所</td><td colspan="3">長崎県〇〇市〇〇町〇〇番地××</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="3">長寿　次郎</td></tr>
<tr><td colspan="3">連絡先（代理人記入の場合、代理人連絡先）</td><td colspan="2">（〇〇〇）×××―△△△△</td></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="10">市町・広域連合処理欄</td><td>市町名</td><td></td><td>受付者名</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="6">本人確認方法</td><td colspan="3">□個人番号カード・後期被保険者証・写真入り身分証</td></tr>
<tr><td colspan="3">□申請勧奨通知・介護保険被保険者証等複数の公的書類</td></tr>
<tr><td colspan="3">□入所施設等職員（写真入り職員証等）</td></tr>
<tr><td colspan="3">□成年後見人等を示す公正証書等</td></tr>
<tr><td colspan="3">□住所・氏名・生年月日等の申告内容を住基等で確認</td></tr>
<tr><td colspan="3">□その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">特定健診等データ管理システムへの入力</td><td colspan="2">□入力日：　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">市町受付印</td><td colspan="2">広域連合受付印</td></tr>
</table>