

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、保険者（西宮市）が、オンライン資格確認等システムにより、西宮市国民健康保険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

西宮市長 殿

加入者記入欄

フリガナ		生年月日
氏名		年 月 日
(代理人記入の場合、代理人氏名)		
(続柄)		
被保険者番号 (枝番)	(7桁の数字)	(2桁の数字)
	記号(空白) 番号 _____	(枝番) _____

チェック

以下の項目を確認し、確認できたら を入れてください。

チェック欄

- 不同意の申請した場合であっても、被保険者本人によるマイナポータルでの健診結果閲覧および被保険者の同意に基づく医療機関等への健診結果提供は可能です。
- 不同意申請の解除（旧保険者における健診結果取得に同意する）申請も可能です。
- 西宮市国民健康保険を脱退し、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場合は、**新しく加入した健康保険に再度申請**をお願いします。

(注意：この申請は、過去に、不同意の申請した人のみが対象です)

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の解除申請

私は、保険者（西宮市）が、オンライン資格確認等システムにより、西宮市国民健康保険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ついての不同意申請を解除します。

記入日： _____ 年 月 日

西宮市長 殿

加入者記入欄

フリガナ		生年月日
氏名		年 月 日
(代理人記入の場合、代理人氏名)		
(続柄)		
被保険者番号 (枝番)	(7桁の数字) 記号(空白) 番号 _____	(2桁の数字) (枝番) _____