

**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、DM三井製糖グループ健康保険組合が、当該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、オンライン資格確認等システムにより特定健診情報の取得の作業を行うことに同意しません。

DM三井製糖グループ健康保険組合 理事長殿

加入者様記名欄

記入日		年	月	日
健診情報の該当者 (本人)	記号番号	記号	番号	
	フリガナ			
	氏名			
申請者が代理人の場合	フリガナ			
	氏名			
	続柄			
住所				
連絡先・電話番号				

お問合せ・提出先

〒108-0014

東京都港区芝5丁目26番16号

Mita S-Garden

TEL: 03-6400-3071