（様式）

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、東京都職員共済組合が、オンライン資格確認等システムにより、当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：令和　　年　　月　　日

東京都職員共済組合事務局

事業部　健康増進課長殿

|  |
| --- |
| フリガナ |
| 氏　名 |
| 〈代理人記入の場合、代理人氏名〉    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　　　） |
| 組合員番号  （記号・番号） |

提出先 東京都職員共済組合事務局　事業部　健康増進課　特定健診担当

　　　　　　電話 : 03-5320-7352（直通）　都庁内線57-415

〒163-9001　東京都新宿区西新宿二丁目8番1号　都庁第一本庁舎北塔３８階

E-mail S9000062＠section.metro.tokyo.jp