

常務理事	事務長	課長	係長	主任	担当者

不同意申出書

健康診査の結果に基づき、特定保健指導・データヘルス計画のための情報を事業主に通知されることに同意できないことを申出します。

《ご注意下さい》

この「不同意申出書」は、健診結果により特定保健指導・データヘルス計画対象者であることを、埼玉県医師会健康保険組合から事業主へ通知することに同意いただけない方のみご提出をお願いします。

保険証表の上部記載の記号と番号をご記入ください。

被保険者番号 年
〇〇〇〇 — △□〇

保険証表に記載されている被保険者本人の氏名をご記入ください。

被保険者名 健保 太郎

申出人の氏名 健保 花子
生年月日 大・昭・平 〇〇年 △△月 ××日

同意いただけない方の氏名・印・生年月日をご記入ください。

申出人の続柄 本人 ・ 家族

申出人の住所・電話番号 〒〇〇〇 — □□□□
埼玉県 〇〇市 △△—×—□□
TEL (〇〇) □□- △△△△

被保険者に対する同意いただけない方の続柄をご記入ください。

同意いただけない方の住所・電話番号を記入してください。

※ 自筆でない場合には、申出人氏名の欄に捺印をお願いします。
※ 健康診査費助成金申請時にお申し出がない場合「同意（黙示）」いただいたものとして、特定保健指導・データヘルス計画対象者に該当する方のお名前を事業主へ通知いたします。

受付