

私は、宮代町が、オンライン資格確認等システムにより、宮代町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。

宮代町長 様

被保険者証	記号		番号	
氏名			生年 月日	年 月 日
住所	宮代町			
電話番号				
代理人記入の場合、代理人氏名 (続柄)				

受付印

受付印