

同意事項の取り消し申出書

私は、下記事項について同意を取り消します。

記

(3) 医療費通知（電子媒体）の取扱いについて

医療費通知（受診者、診療年月、医療機関名等、診療区分、日数、医療費総額、支払額、給付額）を世帯単位でまとめて行います。

※ この申出は個人ごとに提出してください。

※ 医療費通知を世帯単位で行わない場合、健康マイポータルのIDがない方は医療費通知の確認ができなくなります。なお、申出前に通知した医療費通知も確認できなくなります。

※ 被扶養者の削除後、再度被扶養者認定されたときは、この申出が改めて必要となります。

※ 医療費通知（対象者）の問い合わせに、この申出があった旨の回答をする場合があります。

令和 年 月 日

記号		番号		枝番	
氏名			生年月日	年 月 日	
住所					
連絡先					
備考					

【代理人】

氏名		関係性	
申出理由			