

## 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

資格情報のお知らせ（電子媒体）の取扱いについて

資格情報のお知らせを当組合の個人ポータルサイト「健康マイポータル」上に被保険者あてに世帯単位でデータ配信いたします。

※ この申出は個人ごとに提出してください。

※ 資格情報のお知らせを世帯単位で行わない場合、被扶養者の資格情報のお知らせは健康マイポータル上で確認できなくなり、書面での交付となります。

※ 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。

※ 資格情報のお知らせ（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 |  |     |  |