

(任意様式)

# 白石市国民健康保険被保険者情報等不~~開示~~申出書

年 月 日

白石市長 あて

保険証記号・番号	み白
申出者氏名	
住所	
電話番号	
不 <del>開示</del> 対象者氏名	
不 <del>開示</del> 理由	

マイナポータル及び保険医療機関並びに保険薬局にて、以下の情報を不~~開示~~にすることを申出ます。

以下の不~~開示~~事項及び確認事項の□すべてにチェックをしてください。

不 <del>開示</del> 事項	<input type="checkbox"/> 資格情報（氏名・生年月日・性別・住所・保険者名・資格得喪日）、特定健診情報等（特定健診結果情報等）、医療費通知情報（受診医療機関名・診療年月・医療費総額等）、薬剤情報（調剤内容等）
確認事項	<input type="checkbox"/> 本申出書の内容については、あくまで国民健康保険の資格情報や特定健診情報等の内容が不 <del>開示</del> となります。住民基本台帳情報等全てが不 <del>開示</del> となるわけではありません。 <input type="checkbox"/> 不 <del>開示</del> 状態を解除する場合は、別に白石市へ申出が必要です。