

(任意様式)

白石市国民健康保険被保険者情報等開示申出書

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	
開示対象者氏名	
開示理由	

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

以下の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。

開示事項	<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"/> 不開示申出書に基づいて不開示にしていた事項を開示します。 <input type="checkbox"/> 本申出書により、マイナポータル及び保険医療機関並びに保険薬局で上記開示事項の確認が可能になります。