

同意書

私は、今回申請した川越市こども・ひとり親家庭等医療費の支給額算定にあたり、療養費、高額療養費及び附加給付金の内容に係る全件（家族合算分を含む）について、川越市が私の加入する健康保険組合又は共済組合等に情報照会を行うことに同意します。

年 月 日

住 所 : _____

被保険者の氏名 : _____

※被保険者の氏名は自署してください※

電 話 番 号 : _____

診療を受けた方の氏名 : _____

生 年 月 日 : _____

記号・番号 : 記号< _____ > 番号< _____ >