

# 同意書

私は、東松山市こども医療費支給に関する条例による助成額の算定のため、東松山市が、私の加入する健康保険組合等に対し、高額療養費支給状況（家族合算分を含む）について照会を行うことに同意します。

年 月 日

受診者氏名 \_\_\_\_\_

診 療 月 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月分

医療機関名 \_\_\_\_\_

被保険者住所

東松山市 \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

(記号 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_)