

同意書

私は、東松山市ひとり親家庭等の医療費の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。

令和 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 _____)