

(宛先) 狭山市長

同意書

ひとり親家庭等医療費の支給にあたり、高額療養費及び附加給付金の内容について、関係する全国健康保険協会（社会保険庁）・健康保険組合等に照会することに同意します。

令和 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
(保険加入者)

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

住所 埼玉県狭山市 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ (連絡先) \_\_\_\_\_

健康保険証 記号 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_

対象者氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日