

宛先（狭山市長）

同意書

心身障害者医療の支給にあたり、高額療養費及び附加給付金等の内容について関係する全国健康保険協会、健康保険組合、国民健康保険等に照会すること及び回答を得ることについて同意します。

令和 年 月 日

住所 _____

保険加入者氏名 _____



生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号 _____

心身障害者医療
受給者氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受給者番号 _____