

# 同意書

私は、東松山市子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、私の加入する健康保険組合等の保険者に対し、資格情報及び自己負担割合、所得区分、給付情報（療養の給付費、療養費、高額療養費（家族合算分を含む））について、東松山市が照会を行うことに同意します。

令和 年 月 日

受診者氏名 \_\_\_\_\_

被保険者住所 \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

(保険証 記号番号 : \_\_\_\_\_ )

(代筆の場合は代筆者の氏名を下記の欄に記入)

氏 名 \_\_\_\_\_

(被保険者との関係 : \_\_\_\_\_ )