

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 **元**年 **6**月 **1**日

受診者氏名 **松山 花子**

診療月 令和 **元**年 **5**月分

医療機関名 **〇〇〇病院**

被保険者住所

東松山市 **松葉町1-1-58**

必ず押印してください。

被保険者氏名 **松山 花子** **松山** 印

(記号 **1234** 番号 **56789**)

国民健康保険の方は、世帯主の氏名を記入してください。

健康保険証の記号と番号をご記入ください。