

同意書

- ・ 重度心身障害者医療受給者
- ・ 子ども医療受給者
- ・ ひとり親家庭等医療受給者

[.....] の

令和 年 月から 令和 年 月までの診療分について、

飯能市が保険者

[保険者名

健康保険組合 共済組合 国保組合]

に高額療養費等の算定に関して必要な調査をすることに同意します。

令和 年 月 日

(あて先)飯 能 市 長

住 所

被保険者

氏 名

印