

吉見町長あて

同意書

私は、吉見町子ども医療費の助成を受けるにあたり、吉見町が、私の加入している健康保険組合等に対し、高額療養費及び附加給付金の支給状況（世帯合算等を含む）について、照会することに同意します。

記

令和 年 月 日

受診者氏名 _____
(被扶養者)

診療月 _____ 年 _____ 月分

医療機関名 _____

同意者 埼玉県比企郡吉見町 _____
(被保険者)

印

加入医療保険

健康保険組合名 _____

記号 _____ 番号 _____