

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 \_\_\_\_\_