

同 意 書

私は、八千代市が、子ども医療費助成金額を決定するにあたり、私に対する保険給付、高額療養費および附加給付金の該当状況について保険者に照会することに同意し、保険者が、八千代市からの照会に対し必要な情報を提供することを承諾します。

なお、高額療養費等の支給決定により、八千代市の子ども医療費助成金額に超過額が生じた場合は、その超過額を保険者と八千代市で調整することに同意します。また、調整できない場合には、その超過額を私が八千代市へ返還します。

令和 年 月 日

被保険者氏名 _____ 印

被保険者住所 〒 2 7 6 - 0 0

八千代市 _____

被保険者電話番号 _____ (_____) _____

保険者名称 _____

被保険者証記号 _____

被保険者証番号 _____