

記入例

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、高額療養費および付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

お子さんが加入している保険証について、被保険者（保険証の扶養主）の氏名、住所、電話番号を記入し、被保険者名横に捺印をお願いいたします。

令和 年 月 日

被保険者氏名

八 千 代 太 郎



被保険者住所

〒 2 7 6 - 0 0

八千代市

大和田新田 3 1 2 - 5

被保険者電話番号

047 (483) 1151

保険者名称

やっち健康保険組合

被保険者証記号

123456

被保険者証番号

67891

保険組合名、保険証に記載されている被保険者記号、被保険者番号の記入をお願いいたします。