

(様式第4号)

同意書

医療保険者が高額療養費の支給に関する事務を処理するにあたり、私の地方税関係情報等の必要な情報について、三重県が私の加入する医療保険者に提供することに同意します。

年 月 日

三重県知事 宛て

受診者

住 所

フリガナ

氏 名

印

(自署の場合は押印不要)

被保険者

住 所

フリガナ

氏 名

印

(自署の場合は押印不要)

法定代理人(親権者)

住 所

フリガナ

氏 名

印

(本人との続柄:)

(自署の場合は押印不要)