

同意書

(宛先) 旭川市長

私は、自立支援医療費の支給認定申請に関して、旭川市が「世帯」、収入、課税状況等について、税担当部署、その他関係機関に照会確認することに同意します。

※この同意書に記入していただく方は、受診者の加入している医療保険の種類により、以下のとおりとなります。

- 国民健康保険（建設国保・医師国保等含む）の場合 ⇒ 加入者全員
- 後期高齢者医療制度の場合 ⇒ 加入者全員
- 被用者保険・共済組合の場合 ⇒ 受診者と被保険者（組合員）

令和 年 月 日

(同意者) 住所

(フリガナ) ----- 氏名 _____ (明・大・昭・平 年 月 日生)	保険証提出 チェック欄 <input type="checkbox"/>
(フリガナ) ----- 氏名 _____ (明・大・昭・平 年 月 日生)	<input type="checkbox"/>
(フリガナ) ----- 氏名 _____ (明・大・昭・平 年 月 日生)	<input type="checkbox"/>
(フリガナ) ----- 氏名 _____ (明・大・昭・平 年 月 日生)	<input type="checkbox"/>
(フリガナ) ----- 氏名 _____ (明・大・昭・平 年 月 日生)	<input type="checkbox"/>