

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

年 月 日

同 意 書

下記の者は、地方公務員共済組合が、地方公務員等共済組合法第62条の2第1項の共済組合の組合員による高額療養費の支給の請求に係る事実についての審査に関する事務を処理するために限って、必要な地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

同 意 者	受診者	フリガナ	
		氏名	
		生年月日	
		現在の住民票の住所	
		1月1日時点の 住民票の市区町村	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる ()
	受診者と同じ 医療保険の被 保険者（組合 員）	受診者との続柄	
		フリガナ	
		氏名	
		生年月日	
		現在の住民票の住所	
	申請者 ※受診者およ び被保険者と 異なる場合は 記入	1月1日時点の 住民票の市区町村	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる ()
		受診者との続柄	
		フリガナ	
		氏名	
		生年月日	
	申請者 ※受診者およ び被保険者と 異なる場合は 記入	現在の住民票の住所	
		1月1日時点の 住民票の市区町村	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる ()