

同意書

下記の者は、国家公務員共済組合（地方公務員共済組合）が国家公務員共済組合法第 60 条の 2 第 1 項（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。

記 載 年 月 日		年	月	日
受 診 者	申請者との続柄			
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年	月	日
	住所			
▼ 受診者と被保険者が異なる場合は記載				
被 保 険 者	申請者との続柄			
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年	月	日
	住所			
☐ 同 上				
▼ 受診者が 70 歳以上で他に被扶養者がいる場合は記載				
被 扶 養 者	申請者との続柄			
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年	月	日
	住所			
☐ 同 上				
被 扶 養 者	申請者との続柄			
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年	月	日
	住所			
☐ 同 上				