

同 意 書

受診者 _____ の自立支援医療申請の際に必要な地方税関係情報等について
 取得することに同意いたします。
 なお、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。

※自署または記名押印をお願いします。

同意者	受診者(本人)との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 受診者(本人)と同じ
同意者	受診者(本人)との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 受診者(本人)と同じ
同意者	受診者(本人)との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 受診者(本人)と同じ
同意者	受診者(本人)との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 受診者(本人)と同じ
同意者	受診者(本人)との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 受診者(本人)と同じ

(注) 同意が必要な方は加入保険によって異なります。

- ・国民健康保険加入者は、受診者と同じ記号・番号の保険証を使用している方全員分
- ・後期高齢者医療加入者は、同一世帯で後期高齢者医療加入者全員分
- ・社会保険・共済組合等健康保険加入者は被保険者。但し、被保険者が非課税の場合は受診者本人分も必
 ※いずれの場合も、17歳以下は不要です。