

同意書

大府市長殿

地方職員共済組合愛知県支部長殿

次の事項について、上記の者に対し同意します。

- 1 私の被扶養者 の 令和 年 月診療分の高額療養費に関して、大府市が地方職員共済組合愛知県支部に照会を行うこと。
- 2 地方職員共済組合愛知県支部が大府市に情報を提供すること。

年 月 日

住所

氏名

⑩

被保険者証 記号・番号

地 愛 知	
-------	--

同意書

大府市長殿

地方職員共済組合愛知県支部長殿

次の事項について、上記の者に対し同意します。

- 1 私の被扶養者 の 令和 年 月診療分の高額療養費に関して、大府市が地方職員共済組合愛知県支部に照会を行うこと。
- 2 地方職員共済組合愛知県支部が大府市に情報を提供すること。

申請日を記入してください

令和4年5月1日

◎領収書に記載されているお名前の方（治療を受けられた方）が自身で保険組合に加入している場合、領収書に記載されている方のお名前をご記入ください。

住所 大府市江端町四丁目2番地

氏名 大府 太郎

◎領収書に記載されているお名前の方（治療を受けられた方）が被扶養者の場合、保険に加入している方のお名前をご記入ください。

印

印が必要です

被保険者証 記号・番号

地 愛 知

〇〇〇〇