

同 意 書

下記の者は、医療保険における所得区分の認定にあたり必要となる情報につき、宮崎県が { 国家公務員共済組合 } { 地方公務員共済組合 } (以下「医療保険者」という。)に情報を提供することに同意します。

また、医療保険者が { 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。

年 月 日

宮崎県知事 殿
医療保険者 殿

(患者本人)

住 所

氏 名

生年月日

(被保険者) ※患者本人と異なる場合に記載

住 所

氏 名

生年月日

(法定代理人)

住 所

氏 名

(患者本人との続柄：)