

令和 年 月 日

福祉医療（こども医療費・ひとり親家庭等医療費）に関する
高額療養費等の調査・照会にかかる同意書

蓮田市長 様

被保険者・組合員等

住 所 _____

氏 名 _____ 印

福祉医療（こども医療費・ひとり親家庭等医療費）に関する高額療養費等の調査・照会について同意いたします。

記

受診者名				
医療機関名				
診療年月	平成・令和 年 月			
保険者名				
記号・番号	記号		番号	
保険者番号				
保険者所在地				

記入例

令和 年 月 日

福祉医療（こども医療費・ひとり親家庭等医療費）に関する
高額療養費等の調査・照会

蓮田市長 様

被保険者・組合

被保険者の住所・氏名を
ご記入ください。
被保険者は保険証に記載され
ているかとなります。
押印も忘れずにお願いします。

住 所 **蓮田市大字黒浜2799-1**

氏 名 **蓮田 太郎**

印

福祉医療（こども医療費・ひとり親家庭等医療費）に関する高額療養費等の調査・照会について同意いたします。

記

受診者名	蓮田 一郎（受診をした方）			
医療機関名	〇〇〇病院			
診療年月	平成 〇 年 〇 月 令和 〇 年 〇 月			
保険者名	〇〇〇健康保険組合			
記号・番号	記号	123	番号	456
保険者番号	12345678			
保険者所在地	〇〇県〇〇市〇〇町 1-2			

受診者の保険証の
内容を確認してく
ださい。