

令和 年 月 日

こども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

組合員

住 所 蓮田市

氏 名

印

こども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

被扶養者名

医療機関名

診療年月

保険者名

記号・番号・枝番

保険者番号

保険者所在地