|  |
| --- |
| 照会№ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 同 　意　 書  　私（世帯）の高額療養費，世帯合算高額療養費及び高額介護合算療養費に関し，高知市が医療費に係る内容調査を行うため，保険者に照会又は提供することについて，これに同意します。  令和　　年　　月　　日  被保険者　住　所  　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　 　印  障害福祉医療受給者との続柄（　　　　　 　　）  電　話（　　　　　 　）　　　　　－ | | | | |
|  | 障害福祉医療 | 受給者番号 |  |  |
|  | フリガナ |  |  |
|  | 氏　名 |  |  |
|  | | | | |

（高知市障がい福祉課　提出用）

　 上記は原本と相違ありません。

令和　　年　　月　　日　　　　高知市長　桑　名　龍　吾

|  |  |
| --- | --- |
| 保険者コード |  |
| 整理№ |  |