

# 同意書

高知県後期高齢者医療広域連合長 様  
高知市長 様

私は、貴広域連合又は貴市が後期高齢者医療保険料の減免および徴収猶予の決定をするにあたり、私及び私の世帯員の収入状況につき、官公署に必要な文書の閲覧若しくは資料の提供を求め、又は、銀行その他の機関若しくは雇主、その他の関係人に報告を求めることに同意いたします。

令和 年 月 日

世帯主住所 \_\_\_\_\_

世帯主氏名 \_\_\_\_\_ (印)

(参考) 高齢者の医療の確保に関する法律第138 (資料の提供等)

後期高齢者医療広域連合は、被保険者の資格、後期高齢者医療給付及び保険料に関して必要があると認めるときは、被保険者、被保険者の配偶者若しくは被保険者の属する世帯の世帯主その他その世帯に属する者の資産若しくは収入の状況又は被保険者に対する第七條第二項に規定する老齢等年金給付の支給状況につき、市町村その他の官公署若しくは年金保険者に対し必要な文書の閲覧若しくは資料の提供を求め、又は銀行、信託会社その他の機関若しくは被保険者の雇用主その他の関係人に報告を求めることができる。