

同 意 書

久喜市長 あて

年 月 日

受 診 者	氏 名	
	生年月日	年 月 日生
被保険者	住 所	
	氏 名	

(受診者の保険証に記載されている「被保険者」様の記名をお願いします。)

私（被保険者）は、受診者が施術所で受けた療養費の内容について、久喜市が実施している医療費助成（子ども医療費・ひとり親家庭等医療費・重度心身障害者医療費）にかかる助成額の算定及び審査に必要な情報を保険者から久喜市長が取得することに同意します。