

同意書

令和 年 月 日

御中

長久手市役所保険医療課国保年金係が、診療報酬明細書（ 原本・写し ）
を請求することに同意いたします。

なお、今回同意いたしました明細書は以下のとおりです。

- | | | |
|---|-----------------|------------------------------|
| 1 | 請求対象者（診療を受けた者） | _____ |
| 2 | 生年月日 | _____ |
| 3 | 世帯主 | _____ |
| 4 | 世帯主からみた請求対象者の続柄 | _____ |
| 5 | 被保険者番号 | _____ |
| 6 | 対象診療年月 | _____ |
| 7 | 対象医療機関名又は薬局名 | _____ |
| 8 | 請求理由 | 1 療養費申請のため
2 その他（ _____ ） |

住所

世帯主氏名 _____