

(様式第4)

高額療養費等に伴う同意書

愛知県半田市長

次の事項について同意します。

高額療養費、付加給付金等の支給状況等について、半田市が保険者等に照会を行うこと。

年 月 日

被保険者住所 **半田市東洋町2-1**

被保険者名 **半田 太郎**

ご加入の保険の被保険者名
をご記入ください。

(電話番号 - -)