

# 記入例

## 同意書

私は、八千代市が、子ども医療費助成金額を決定するにあたり、私に対する保険給付の状況について保険者に照会することに同意し、保険者が、八千代市からの照会に対し必要な情報を提供することを承諾します。

なお、高額療養費または附加給付金の支給決定により、八千代市の超過額を保険

お子さんが加入している保険証について、被保険者（保険証の扶養主）の氏名、住所、電話番号を記入し、被保険者名横に捺印をお願いいたします。

できない場合

令和 年 月 日

被保険者氏名

八 千 代 太 郎



被保険者住所 〒276-00

八千代市 **大和田新田312-5**

被保険者電話番号 **047 (483) 1151**

保険者名称

**やっち健康保険組合**

被保険者証記号

**123456**

被保険者証番号

**67891**

保険組合名、保険証に記載されている被保険者記号、被保険者番号の記入をお願いいたします。