

同意書

私が前橋市の国民健康保険療養費の申請に伴って、前橋市へ診療報酬明細書の原本または写しを提供することに同意します。

同意年月日	年 月 日
医療機関名	様
受診者氏名	
世帯主氏名	
住所	