

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。

年 月 日

記入しない

様

住 所 前橋市大手町二丁目1番1号

受診者 前 橋 花 子 (印)

(被保険者 前 橋 太 郎 (印))

- ① 社会保険等への医療費返還の払い戻し申請の場合は、社会保険等加入時の被保険者の同意も記入・押印してください。
- ② 自費診療の払い戻し申請の場合、受診者が未成年者の場合には、保護者の同意も記入・押印してください。