

第4号様式

同意書

国民健康保険一部負担金の減額、免除又は徴収猶予の承認・不承認の決定のために、私及び私の世帯員（以下「私等」という。）の傷病又は治療に要する期間及び費用等につき、与論町が保険医療機関等に照会すること、及び収入、預貯金などの状況について必要と認めるときは、官公署、金融機関その他関係機関に照会することに同意します。

また、与論町の照会に対し、保険医療機関等又は官公署等が回答することについて、私等が同意している旨を伝えて構いません。

年 月 日

与論町長 殿

住 所

世帯主氏名

印