

医療費助成（高額療養費等）調査同意書

吹田市長 あて

下記の医療費助成費（高額療養費等該当分）の内容について、調査することに同意します。

記

1 調査内容 平成・令和 年 月分 高額療養費等 保険給付に係る全てのこと

2 対象者 ① 被保険者氏名：
生年月日：
② 被扶養者（受診者）氏名：
生年月日：

（※受診者が被扶養者である場合は、②も記入）

3 保険証記号・番号

令和 年 月 日

住所

被保険者氏名

㊦

記入例

医療費助成（高額療養費等）調査同意書

吹田市長 宛

下記の医療費助成費（高額療養費等該当分）の内容について、調査することに同意します。

記

保険適用分で 21,000 円以上の自己負担をされた月を記入してください。

1 調査内容 平成・令和 4 年 10・11 月分 高額療養費等 保険給付に係る全てのこと

2 対象者

① 被保険者氏名： 吹田 太郎

医療を受けた人の氏名・生年月日を記入してください。

生年月日： 平成 5 年 12 月 31 日

② 被扶養者（受診者）氏名： 吹田 慈姑

生年月日： 令和 3 年 1 月 1 日

（※受診者が被扶養者である場合は、②も記入）

3 保険証記号・番号

98765432 21

保険証に記載されている記号・番号を記入してください。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

住所 吹田市泉町 1 丁目 3 番 40 号

必ず押印してください。
（スタンプ印不可）

被保険者氏名 吹田 太郎

印

吹田