

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

1 調査内容 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： _____年 ____月 ____日

② 被扶養者（受診者）氏名：_____

生年月日： _____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

（記号 _____） （番号 _____ — _____）

令和 ____年 ____月 ____日

住所 _____

被保険者氏名 _____ ㊞

※自署の場合は押印不要

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 令和 6 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

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）

医療を受けた人の氏
名・生年月日を記入し
てください。

3 保険証記号・番号

（記号 98765432 ） （番号 21-01 ）

令和 〇年 〇〇月 〇〇日

保険証等に記載されている記号・番号を
記入してください。

住所 吹田市泉町1丁目3番40号

被保険者氏名 吹田 太郎 ㊞

※自署の場合は押印不要