

同 意 書

私は、いわき市の医療費助成（乳幼児医療費助成、子ども医療費助成、重度心身障害者医療費給付、ひとり親家庭等医療費助成）の算定に必要な被保険者及び被扶養者又は世帯員の高額療養費、附加給付金その他の算定並びに支給に関する情報について、いわき市長が保険者へ照会することに同意します。

	受給者番号（乳・子・重・ひ）	
受診者	氏名 いわき 太郎	受診者 生年月日 令和 6年 5月 1日
診療年月	令和 6年 11月 診療分 から 年 月 診療分 まで	
加入健康保険	名称 全国健康保険協会 福島 支部	
被保険者	氏名 いわき 一郎	対象者との続柄 Ⓐ・母・本人・その他（ ）
保険証	記号 127×××××	番号 3××

いわき市長 様

令和 6年 12月 2日

住所 いわき市平字梅本21

氏名 いわき 一郎