

同 意 書

(宛先) 東温市長

私は、私に係る自立支援医療（育成医療・更生医療・精神通院医療）の認定に関する手続きのため、私及び私と医療保険上同一の「世帯」に属する者（同じ医療保険に加入している家族）の医療保険の加入状況等を調査すること、並びに必要に応じて個人番号を利用することについて同意します。

また、私及び私と医療保険上同一の「世帯」に属する者（同じ医療保険に加入している家族）の収入および市民税に係る課税状況については、東温市が調査を行うことに同意を得ていますので、調査対象者の氏名、個人番号、生年月日、続柄、保険証の種類を記載することで同意していることを確認し、東温市の調査に対しての責任は私（申請者）が負います。

なお、東温市国民健康保険及び愛媛県後期高齢者医療加入者において、必要時加入者状況の情報を提供することに同意し、必要に応じて課税調査対象者の調査を行うことに同意します。

年 月 日

(申請者)

住 所 _____

氏 名 _____

●同じ医療保険に加入している家族についてご記入ください。

フリガナ 氏名	生年月日	受給者との続柄	保険証の種類	
個人番号				
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 国民健康保険 → <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 建設国保 <input type="checkbox"/> 医師国保 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> ()健康保険組合 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済組合 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済組合 <input type="checkbox"/> 私立学校教職員共済組合 <input type="checkbox"/> その他()
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 国民健康保険 → <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 建設国保 <input type="checkbox"/> 医師国保 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> ()健康保険組合 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済組合 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済組合 <input type="checkbox"/> 私立学校教職員共済組合 <input type="checkbox"/> その他()
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 国民健康保険 → <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 建設国保 <input type="checkbox"/> 医師国保 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> ()健康保険組合 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済組合 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済組合 <input type="checkbox"/> 私立学校教職員共済組合 <input type="checkbox"/> その他()
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 国民健康保険 → <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 建設国保 <input type="checkbox"/> 医師国保 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> ()健康保険組合 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済組合 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済組合 <input type="checkbox"/> 私立学校教職員共済組合 <input type="checkbox"/> その他()
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 国民健康保険 → <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 建設国保 <input type="checkbox"/> 医師国保 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> ()健康保険組合 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済組合 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済組合 <input type="checkbox"/> 私立学校教職員共済組合 <input type="checkbox"/> その他()

【収入を確認するための同意の範囲】

「国民健康保険」、「後期高齢者医療」等の方 → 加入者全員

「全国健康保険協会」、「～健康保険組合」、「～共済組合」等の方 → 被保険者及び受診者本人

裏面についてもご記入ください。

