

後期高齢者医療 海外療養費支給にかかる同意書

私は、後期高齢者医療にかかる海外療養費について、申請書類の審査の際に広域連合が必要に応じ、支給申請書等を医療機関等に対して提供することや、医療機関等が支給申請に係る療養等の情報を広域連合に提供することに同意します。

年 月 日

住所

氏名

被保険者氏名 ()

被保険者との続柄 ()

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

※代理人、相続人による申請の場合は、被保険者との続柄の記入をお願いします。