

同意書

私は、私の後期高齢者医療の被保険者の資格等に関する情報（保険者番号、被保険者番号及び負担割合）について、島根県後期高齢者医療広域連合より、
_____へ提供されることに同意します。

平成 年 月 日

島根県後期高齢者医療広域連合長 様

被保険者 住 所

氏 名 ⑩

生年月日 明・大・昭 年 月 日

電話番号 () -

※自署の場合は印鑑不要

※同意書には、本人確認のできる書類（免許証、旧保険者証の写しなど）の添付が必要となります。