

同意書【療養費(はりきゅう・マッサージ)用】

記載例

藤沢市長

療養費(障がい等・福寿・小児・ひとり親家庭等医療費助成)の支給に関し必要な、市で保管する住民記録情報、その他受給可否等に必要な情報について、市長が利用することに同意します。
また、保険者に給付情報等を照会することに同意します。

2017 8月 3日

〒 251 8601

住所 藤沢市朝日町1番地の1

申請者
(受給者)

氏名 藤沢 太郎

電話番号 0466 (50) 3518

受給者の方が必ず
署名してください。

藤
沢

| | | | | | |
|------------|------|-------|-----|---|-------|
| 施術院 記入欄 | 診療月 | 2017 | 年 | 7 | 月 |
| | 診療区分 | はりきゅう | . | | マッサージ |
| | 施術院名 | × | 治療院 | | |

施術院の方が
記入してください。

この同意書は療養費支給申請書1枚に対して、その同意を得るためのものです。
診療区分、診療月ごとに1枚必要になります。