

承 諾 書

私の（被扶養者である _____ の）福祉医療療養費支給のため、
診療報酬に係るデータを美郷町長へ提供することを承諾します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

被保険者住所 _____

被保険者氏名 _____ (印)