

高額療養費の支給額を独立行政法人環境再生保全機構
が確認することに関する同意書

手帳番号				
被認定者（認定前であった場合は、 認定の申請をした者）の氏名	(男 ・ 女)			
被認定者（認定前であった場合は、 認定の申請をした者）の生年月日	明治・大正			
	昭和・平成	年	月	日
被保険者本人（組合員本人）被扶養者の別	本人 ・ 被扶養者			
フリガナ 被保険者氏名				
被保険者の生年月日	明治・大正			
	昭和・平成	年	月	日
被保険者住所	〒 TEL			
社会保険の種類				
保険証記号番号	記号		番号	
保険者の名称（健康保 険証を交付する団体）				
保険者所在地	〒 TEL			

- ※ 社会保険の種類、保険証の記号、番号等は健康保険証を参照し記入してください。
- ※ 社会保険の種類には、政府管掌健康保険、船員保険、日雇い特例費保険者の保険、組保管掌健康保険、国家公務員共済、地方公務員共済、公立学校共済、国民健康保険などの種類を記入してください。
- ※ 保険者の名称には、社会保険事務局の場合は社会保険事務所まで、共済組合の場合は支部まで、国民健康保険の場合は市町村名まで照会先がわかるように記入してください。

平成 年 月 日

請求者署名 _____ 印

独立行政法人環境再生保全機構
石綿健康被害救済部長 殿