

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（認定前にあつては、認定の申請をした者）の氏名	(男 ・ 女)			
被認定者（認定前にあつては、認定の申請をした者）の生年月日	明治・大正 昭和・平成 令和	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 令和	年	月	日
被保険者住所	〒 TEL			
健康保険の種類				
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			

※ 健康保険の種類、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。

※ 健康保険の種類には、全国健康保険協会管掌健康保険、船員保険、日雇い特例費保険者の保険、組合管掌健康保険、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、後期高齢者医療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、後期高齢者医療の場合は〇〇県後期高齢者医療広域連合と照会先がわかるように記入してください。

令和 年 月 日

請求者署名 _____

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