

※ 黒のボールペンでご記入ください。(鉛筆、消せるボールペン等では記入しないでください。)

高額療養費の支給額等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	××××××		
被認定者の氏名	環境 太郎		
被認定者の生年月日	明治・大正 昭和・平成 令和	15年	5月
被保険者本人(組合員本人)被扶養者の別	本人		
フリガナ	カンキョウ タロウ		
被保険者氏名	環境 太郎		
被保険者の生年月日	明治・大正 昭和・平成 令和	15年	5月 15日
被保険者住所	〒212-△△△△ 神奈川県川崎市○○区△△ ×-×-×-○○ TEL 044-○○○-○○○○		
健康保険の種類	後期高齢者医療		
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)	神奈川県後期高齢者医療広域連合		
保険者所在地	〒221-○○○○ 神奈川県横浜市××区××町×-× TEL 045-○○○○-○○○○		

保険証を見ながら記入してください。
例は、請求者の医療保険が後期高齢者医療の場合です。国民健康保険の場合は、被保険者本人となり、保険者は都道府県及び市町村や国保組合となります。

後期高齢者医療の場合は不要です。

こちらの3点に留意してください。

保険証記号・番号と保険者所在地は保険証を返還して不明の場合はご記入いただかなくて結構です。

- ※ 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○○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。

各保険者団体等の長 殿

私は、独立行政法人環境再生保全機構(以下「機構」という。)に対して、石綿による健康被害の救済に関する法律に基づく医療費請求を行っていることから、私の高額療養費の支給額等の個人情報に関する提出依頼及び文書照会に対して、貴保険者が機構に提出または回答されることに、同意します。

令和 ××年 8月 1日

被認定者の氏名を記入してください。

請求者署名 環境 太郎