

# 同意書

被保険者 住 所

氏 名

記号番号

被扶養者 住 所

氏 名

被保険者

との続柄 妻・子・父・母・兄・弟・姉・妹・その他（ ）

私の（被扶養者の）福祉医療費の支給を受けるため、必要な診療報酬明細書を  
大館市長が使用することに同意します。

令和 年 月 日

被保険者 住 所

氏 名

㊞