

同意書

後期高齢者医療の保険料減免の決定のために必要があるときは、私及び私の世帯員（以下「私等」という。）の収入の状況につき、山形県後期高齢者医療広域連合が官公署に調査を囑託し、又は、私若しくは私の世帯員の雇主、その他の関係人に報告を求めることに同意します。

また、山形県後期高齢者医療広域連合の調査囑託又は報告要求に対し、官公署が報告することについて、私等が同意している旨を官公署に伝えてもかまいません。

令和 年 月 日

住 所

氏 名 (印)

..... (印)

..... (印)

..... (印)

..... (印)

山形県後期高齢者医療広域連合長 様