

平成 年 月 日

島田市長

同 意 書

住 所

世帯主氏名

印

電 話 番 号

診療報酬明細書（写し）の送付について

本件に関し、国民健康保険法第 54 条に基づく療養費の支給手続きのために、

_____ の個人情報を貴職が取得、利用することに同意します。