

# 同意書

**記入例**

志免町長 殿

私  
援医  
の官  
税額  
ま  
定自  
った  
な

受診者の保険の種類によって記入が必要な箇所が異なります。  
社会保険の場合：①②③にご記入ください。  
国民保険の場合：①②④にご記入ください。  
同世帯の後期高齢の方は記入不要です。  
後期高齢の場合：①②④にご記入ください。  
同世帯の国民保険の方は記入不要です。

立支  
局等  
村民  
  
る指  
があ

令和 3 年 6 月 1 日

**① 申請者**

住所：志免町 **志免中央1丁目1番1号 しめアパート101号室**

氏名：**志免 太郎** (自署) (署名押印) (S・H・R 50 年 10 月 10 日生)

**② 受診者**

申請者と同じ

申請者本人の署名でなければ押印が必要です。

氏名：**志免 一郎** (S・H・R 12 年 4 月 1 日生)

**③ 社会保険の被保険者・組合員**

申請者と同じ  受診者と同じ

住所：志免町 \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ (S・H・R 年 月 日生)

**④ 世帯員（国保・後期高齢に受診者と一緒に加入している方全員）**

氏名： \_\_\_\_\_ (S・H・R 年 月 日生)

氏名： \_\_\_\_\_ (S・H・R 年 月 日生)

氏名： \_\_\_\_\_ (S・H・R 年 月 日生)

氏名： \_\_\_\_\_ (S・H・R 年 月 日生)

\*\*\*\*\*職員使用欄\*\*\*\*\*

所得区分判定：  生保  低1  低2  中間1  中間2  一定以上