

同意書

(あて先) 埼玉県後期高齢者医療広域連合長

令和 年 月 日付けで申請した療養費（海外療養費）支給申請について、必要に応じ埼玉県後期高齢者医療広域連合が当該療養の内容について当該海外療養を担当した者（医療機関等）に照会することに同意します。

令和 年 月 日

住所 _____

氏名 _____