

同意書

私は、令和 年 月 日に

- 保険給付の不支給決定により療養の給付費を返納しました。
- 医療機関（ ）で自費診療しました。

療養費の請求に関し、私に係る診療報酬明細書について、焼津市が送付依頼を行うことに異議なく、本書をもって同意します。

令和 年 月 日

(あて先) 焼津市長

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

市職員記入欄

本人確認	運転免許証・マイナンバーカード・在留カード・()	受付者印	
	その他2点 () ()		