同　意　書

私は、福井県後期高齢者医療広域連合が、　　に対して高額介護合算療養費等の支給申請等に係る下記の事務を行うことに同意します。

記

１　当該他の保険者に対する高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書の提出（送付）

２　１の申請書に基づく当該他の保険者からの自己負担額通知の受領

年　　月　　日

〔申請者〕

住　所	
氏　名	

〔申請者の代理人〕

住　所	
氏　名	
申請者と 代理人の関係	

※この欄は、本人が申請しない場合に記入してください。