

同意書

- 申請可能な他の医療保険者（国民健康保険等）には申請を行わない。
- 他の医療保険者に申請していないことについて、豊島区が該当先の保険者に確認することに同意する。
- 他の医療保険者の連絡先（保険名： _____）・不明
(電話番号： _____)・不明

私は申請するにあたり、上記の点について同意いたします。

令和 年 月 日

住 所 : _____

葬祭執行者 : _____

被保険者名 : _____

被保険者番号 : _____