

同意書

私が提出した国民健康保険療養支給申請書に基づいて、保険者大分市が
保険給付に係る診療報酬明細書の写しを確認することに同意します。

年 月 日

住所 _____

氏名 _____ 印

印

字挿
入
字抹
消