

(公務員共済組合あて)

年 月 日

## 住民税関係情報取得に関する同意書

私たちは、公務員共済組合が、国家公務員共済組合法第60条の2第1項又は地方公務員等共済組合法第62条の2第1項の共済組合の組合員による高額療養費の支給の請求に係る事実についての審査に関する事務を処理するために限って、必要な住民税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限りて同意することを申し添えます。

申請者	受給者との関係	本人 ・ 保護者 ・ その他 ( )
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	千葉市 区
被保険者	申請者との続柄	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ
	フリガナ	<input type="checkbox"/> //
	氏名	<input type="checkbox"/> //
	生年月日	年 月 日 <input type="checkbox"/> //
	住所	<input type="checkbox"/> //
被扶養者	申請者との続柄	<input type="checkbox"/> //
	フリガナ	<input type="checkbox"/> //
	氏名	<input type="checkbox"/> //
	生年月日	年 月 日 <input type="checkbox"/> //
	住所	<input type="checkbox"/> //

※申請者＝受給者（受給者が未成年の場合は保護者）。

被保険者または被扶養者が申請者に同じ場合は「申請者に同じ(//)」へ「」

(裏面に続く)

被扶養者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ
被扶養者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> "
被扶養者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	
被扶養者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> "
被扶養者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> "