様式第11号の1

令和　　年　　月　　日

同　意　書

下記の者は、国家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、必要な地方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って同意することを申し添えます。

同意者	受診者	フリガナ	
		氏名	
		生年月日	
		現在の住民票の住所	
		1月1日時点の住民票の市区町村	□　現住所と同じ □　現住所と異なる（　　）
	受診者と同じ医療保険の被保険者（組合員）	受診者との続柄	
		フリガナ	
		氏名	
		生年月日	
		現在の住民票の住所	
		1月1日時点の住民票の市区町村	□　現住所と同じ □　現住所と異なる（　　）
	申請者 ※受診者及び被保険者と異なる場合は記入	受診者との続柄	
		フリガナ	
		氏名	
		生年月日	
		現在の住民票の住所	
		1月1日時点の住民票の市区町村	□　現住所と同じ □　現住所と異なる（　　）