同　意　書

私は、　　　　　　　　（福祉医療費受給者番号

平成　 年 　月 　日死亡）に係る保険診療について、

（住所：

　生年月日：　　　年　　月　　日 ／ 死亡した受給者との続柄：　　　）

が、未支給福祉医療費支給申請することに同意いたします。

平成　　年　　月　　日

氏名　　　　　　　　　　　 　㊞

住所

生年月日　　　　 年 　月 　日

死亡した受給者との続柄

氏名　　　　　　　　　　　 　㊞

住所

生年月日　　　　 年 　月 　日

死亡した受給者との続柄

氏名　　　　　　　　　　　 　㊞

住所

生年月日　　　　 年 　月 　日

死亡した受給者との続柄

平成　　年　　月　　日

氏名　　　　　　　　　　　 　㊞

住所

生年月日　　　　 年 　月 　日

死亡した受給者との続柄

氏名　　　　　　　　　　　 　㊞

住所

生年月日　　　　 年 　月 　日

死亡した受給者との続柄

氏名　　　　　　　　　　　 　㊞

住所

生年月日　　　　 年 　月 　日

死亡した受給者との続柄

氏名　　　　　　　　　　　 　㊞

住所

生年月日　　　　 年 　月 　日

死亡した受給者との続柄

氏名　　　　　　　　　　　 　㊞

住所

生年月日　　　　 年 　月 　日

死亡した受給者との続柄