同　意　書

私の後期高齢者医療一部負担金減免及び徴収猶予に関し必要があるときは、私及び私の属する世帯の世帯員又は生計を一つにする者の収入状況、預貯金、資産等の所有状況について、大分県後期高齢者医療広域連合が税務担当部署、郵便局及び銀行その他関係機関に照会することに同意します。

令和　　年　　月　　日

大分県後期高齢者医療広域連合長　様

被保険者　住　所

氏　名