

## 同意書

私は、「後期高齢者医療療養費支給申請書（海外療養費）」に係る関係書類の内容確認について必要がある場合は、岩手県後期高齢者医療広域連合または岩手県後期高齢者医療広域連合より委託を受けた者が、私が診療を受けた医療機関及び医師等に対して調査することに同意します。

年 月 日

岩手県後期高齢者医療広域連合長 様

被保険者

住所

氏名

印