

同 意 書

私は、名古屋市食品国民健康保険組合に対して、国民健康保険法第54条に基づく保険給付請求を行っておりますので、名古屋市食品国民健康保険組合が保険給付の決定に関し、私の診療内容等について、関係機関等への照会及び受領されることに異議はなく、本書をもって同意いたします。

令和 年 月 日

組合員住所

組合員氏名

受診者名

(組合員との続柄：)

名古屋市食品国民健康保険組合理事長様