同　　意　　書

鳴　門　市　長　殿

国民健康保険料の減免の決定等に必要があるときは、私及び私の世帯の被保険者（以下「私等」という。）の収入状況及び診断状況等について、官公署、医療機関、私等の雇主その他の関係機関（以下「官公署等」という。）に報告を求めることに同意します。

　また、貴市長の報告要求に対し、官公署等が報告することについて、私等が同意している旨を官公署等に伝えて構いません。

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　 世帯主　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　被保険者　氏　名　　　　　　　　　　　　　　印

　世帯内の

　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　印