

同意書

広島県後期高齢者医療広域連合長 様

私は後期高齢者医療給付（療養費）を受けるため、広島県後期高齢者医療広域連合が医療機関等から、療養費の支給に係る審査に必要な診療報酬明細書を受領することに同意します。

令和 年 月 日

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

電話番号 _____