同　意　書

後期高齢者医療の保険料減免の決定のために必要があるときは、私及び私の世帯員（以下「私等」という。）の収入の状況につき、山形県後期高齢者医療広域連合が官公署に調査を嘱託し、又は、私若しくは私の世帯員の雇主、その他の関係人に報告を求めることに同意します。

また、山形県後期高齢者医療広域連合の調査嘱託又は報告要求に対し、官公署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に伝えてもかまいません。

令和　　年　　月　　日

住　所 ……

氏　名 ……㊞

……㊞

……㊞

……㊞

……㊞

山形県後期高齢者医療広域連合長　様