

令和 2 年 ○ 月 ○ 日

(あて先) 静岡県後期高齢者医療広域連合長

対象年度を記載

調 査 同 意 書

令和 ○ 年度の後期高齢者医療に係る保険料の減免のために必要あるときは、私及び私の世帯員の資産若しくは収入の状況につき、静岡県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）が市町村その他の官公署若しくは年金保険者（以下「官公署等」という。）に対し、必要な資料の提供を求めること又は銀行、信託会社その他の機関若しくは被保険者の雇用主その他の関係人（以下「銀行等」という。）に報告を求めることに同意します。

また、広域連合が官公署等に資料の提供を求める際又は銀行等へ報告を求める際に、この調査同意書の写しを提示することについても同意します。

住所

被保険者本人、世帯主、世帯内の他の被保険者の署名押印が必要です。

(被保険者) 氏名 吉田 太郎 印

(世帯員) 氏名 吉田 花子 印

(世帯員) 氏名 吉田 ふね 印

(世帯員) 氏名 印

(世帯員) 氏名 印