同　　意　　書

殿

診療報酬明細書（レセプト）の送付について

療養費請求のため、　　年　　月　　日から　　年　　月　　日までの診療報酬明細書（レセプト）を下記まで送付することに同意します。

記

送付先住所　　〒836-8666　福岡県大牟田市有明町２丁目３番地
保険年金課　国民健康保険担当

保険者名　　大牟田市国民健康保険

代表者名　　大牟田市長（保険年金課）

令和　　年　　月　　日

受診者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

世帯主氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

注・太枠の中のみ記入してください。