

同意書

(扶養認定取消されている被扶養者名)

私 _____ は、医療費のお知らせ（医療費通知書）を、
以前扶養の認定をされていた組合員本人に送付することに同意します。

公立学校共済組合北海道支部長 様

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____ ⑩

(未成年者の場合は保護者氏名)